



**LAURA MARIA
ALMEIDA REIS**

**RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA
IDENTIDADE PROFISSIONAL**

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**



**LAURA MARIA
ALMEIDA REIS**

**RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA
IDENTIDADE PROFISSIONAL**

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Educação – Ramo: Supervisão e Avaliação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e Coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Bolsa de Investigação atribuída pela FCT, financiada pelo POPH – QREN, comparticipada pelo FSE e por fundos nacionais do MCTES

*“O aluno só aprende o verdadeiro sentido do Cuidar
se o Professor for cuidadoso com ele”.*

(Bevis e Watson, 2005)

Dedico este trabalho a Todos os que vivenciam momentos de sofrimento e a quem com eles estabelece uma autêntica *“Relação de Ajuda”*.

À memória dos meus Pais.

O Júri

Presidente

Doutora Maria Hermínia Deulonder Correia Amado Laurel
Professora Catedrática, Universidade de Aveiro

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
Professora Catedrática, Universidade de Aveiro (Orientadora)

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu
Professor Coordenador Principal com Agregação, Escola Superior de Enfermagem do Porto
(Coorientador)

Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves
Professora Associada Aposentada, Universidade de Aveiro

Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Doutora Maria Teresa Pereira Serrano
Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém

Doutora Cristina Araújo Martins
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Doutora Marília dos Santos Rua
Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

À Professora Doutora Nilza Costa pela orientação desta tese.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, coorientador deste trabalho, pelo apoio, sugestões e críticas que me permitiram abrir novos horizontes.

À Escola Superior de Enfermagem onde se desenvolveu este estudo, pelas facilidades concedidas.

Aos colegas, nomeadamente, peritos, docentes, tutores e enfermeiros da prática clínica, que através do seu contributo possibilitaram a concretização desta investigação.

Um agradecimento muito especial aos estudantes que participaram neste estudo, pela forma tão carinhosa com que me acolheram e pelos momentos de aprendizagem que me proporcionaram.

Ao Rui pela disponibilidade e apoio.

Ao meu marido, pelo afeto, motivação, consideração e presença contínua.

Ao meu filho, pela compreensão e ternura.

A todos os que incondicionalmente me apoiaram,
o meu sincero Obrigada.

Palavras-chave

Enfermagem, Tutor, Ensino Clínico, Processos Supervisivos, Estatutos da Identidade, Identidade Profissional, Competências Profissionais.

Resumo

Este estudo centrou-se num Curso de Licenciatura em Enfermagem e teve como objetivo compreender a influência da relação supervisiva no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes.

Os eixos estruturantes que suportam esta investigação e que concorrem para a definição do seu objeto de estudo articulam-se em torno da relação supervisiva, do desenvolvimento de competências profissionais e do desenvolvimento da identidade pessoal e profissional em contexto clínico.

A formação desenvolvida através da prática clínica destina-se a preparar indivíduos de acordo com a atual realidade socioprofissional, onde os sujeitos, independentemente da singularidade de cada um, desenvolvem saberes adquiridos em sala de aula. Quando comparada com o espaço escolar, a aprendizagem em contexto clínico é condicionada por fatores que se caracterizam por maior imprevisibilidade e obriga frequentemente o estudante a confrontar-se com situações únicas e ímpares. A identidade dos estudantes torna-se assim construída e vivida a partir de um conjunto de dimensões que ocorrem no decurso das vivências clínicas.

Metodologicamente optou-se por um estudo etnográfico no âmbito do paradigma qualitativo, numa abordagem longitudinal segundo a lógica do estudo de caso. A natureza dos dados a recolher englobou ainda o recurso a procedimentos de natureza quantitativa.

Como técnica de recolha de dados recorremos à observação participante, entrevistas semiestruturadas e questionários.

O estudo desenvolveu-se numa Escola Superior de Enfermagem da Zona Norte do país e fizeram parte da população 69 estudantes de uma turma de segundo ano, quatro tutores e um professor. O plano de estudo da referida escola está organizado de forma a que a aprendizagem dos estudantes seja progressivamente integradora de saberes interligando a componente teórica com a componente prática. Assim, os ensinamentos clínicos estão distribuídos entre o 2º e o 4º ano.

Da análise e discussão dos dados e subseqüentes conclusões ressalta que, quer a relação supervisiva, quer os contextos clínicos, foram influenciadores do desenvolvimento de competências profissionais, bem como da identidade pessoal e profissional dos estudantes.

Verificamos que os dois contextos clínicos estudados – medicina e cirurgia – favoreceram o desenvolvimento de competências distintas, no entanto complementares. Tornou-se visível que, os supervisores do contexto de medicina, possuidores de uma visão holística da profissão de enfermagem, promoveram nos estudantes uma visão integradora do doente, resultante de uma contínua atitude reflexiva sobre a Pessoa Humana. Por sua vez, no contexto de cirurgia, caracterizada por intervenções mais invasivas e mais centradas no tratar, as competências mais valorizadas pelos tutores, embora que de uma forma não verbalmente assumida, foram do domínio técnico-científico, com especial relevo pelas competências instrumentais.

Keywords

Nursing, mentorship, clinical education, supervision process, identity status, professional identity, professional competencies.

Abstract

The present study focuses on a Graduation Course in Nursing, with the aim of understanding the influence of a supervisory relationship in the development of the students' professional identity.

The structuring axes that support this investigation and contribute to the definition of its object of study are designed around the supervisory relationship, the development of professional skills and the development of the personal and professional identity in a clinical environment.

The training developed through clinical practice is intended to prepare individuals according to the current socio-professional reality where the subjects, regardless of their individuality, develop knowledge acquired in the classroom. When compared with the school environment, learning in the clinical setting is conditioned by factors that are characterized by increased unpredictability and often requires the student to be faced with unique and uneven situations. Therefore, the students' identity becomes constructed and experienced from a set of dimensions which occur during the clinical experiences.

Methodologically, an ethnographic study within the qualitative paradigm was implemented, in a longitudinal approach according to the premise of the case study. Data collected also included the use of quantitative procedures.

The study was performed at a School of Nursing in the North of the country, comprising 69 students in the second year of studies, 4 tutors and a professor. As data collection techniques we performed participant observation, semi-structured interviews and questionnaires were used to collect data. The course study plan is organized so that student learning is gradually integrator of knowledge, connecting the theoretical with the practical components. Therefore, clinical learning is distributed between the 2nd and the 4th year.

Evidences emphasize that both the supervisory relationship and the clinical contexts were crucial in the development of the professional competencies and the personal and professional identity of the students.

We conclude that the two clinical setting studied – medicine and surgery – facilitated the development of different, although complementary competence.

Evidences also show that the supervisors of medical ward contexts, with a holistic perspective of the nursing profession, promoted in students an integrated view of the patient, resulting from a continuous reflective activity on the human person. Otherwise, in the surgical wards, due to a more invasive interventions focused on curing, the most valued competences by tutors, although of a non-verbally assumed form, were the technical-scientific domain, with a special emphasis on the instrumental competence.

ÍNDICE

	Página
ÍNDICE DE QUADROS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE ORGANOGRAMAS	xii
INTRODUÇÃO	1
I – PARTE	
IDENTIDADE, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO	11
1 – FORMAÇÃO E ENFERMAGEM	13
1.1 – A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO	15
1.2 – FORMAR EM ENFERMAGEM: QUE PERSPETIVA?	22
1.3 – PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS	31
2 – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO	43
2.1 – FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO	43
2.2 – PROBLEMÁTICAS DA SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO	57
2.3 – DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA À FORMAÇÃO DE SI	61
3 – DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE	67
3.1 – CONCEITOS E PERSPETIVAS SOBRE A IDENTIDADE	67
3.2 – IDENTIDADE E DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL	69
3.3 – CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA	74
3.4 – OS ESTATUTOS DE IDENTIDADE DO EU	76
4 – IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	85
4.1 – PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA	85
4.2 – IDENTIDADE PARA SI E IDENTIDADE PARA O OUTRO	92
4.3 – IDENTIDADE, FORMAÇÃO E TRABALHO EM ENFERMAGEM	95

II – PARTE	
DA DEFINIÇÃO DE SI	
AO DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE	103
1 – METODOLOGIA DO ESTUDO	105
1.1 – QUESTÕES ORIENTADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO	105
1.2 - TIPO DE ESTUDO	107
1.3 - CONTEXTO E PARTICIPANTES	111
1.4 – TECNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	117
1.4.1 – OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	119
1.4.2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	122
1.4.3 – CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: TECNICA DE DELPHI	125
1.4.4 – O QUESTIONÁRIO: EGO IDENTITY PROCESS QUESTIONNAIRE	135
1.5 – ESTRATEGIAS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	137
1.6 – DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO	147
2– CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO CONTEXTO DE ESTUDO	151
2.1 – OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COMO ATORES DA PESQUISA	151
2.2 – NATUREZA SOCIO-CLÍNICA DOS LOCAIS DE FORMAÇÃO CLINICA	158
2.3 – OS ESTUDANTES, O MEIO E AS CONDICIONANTES DA APRENDIZAGEM	164
3- DA RELAÇÃO AO DESEMPENHO DO PAPEL	171
3.1 – RELAÇÃO FORMADOR – ESTUDANTE	171
3.2 – RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM OS COLEGAS E EQUIPA	184

3.3 – RELAÇÃO COM O UTENTE: QUE MEDIAÇÕES?	195
4- DA DEFINIÇÃO DE SI À CONQUISTA DE UMA IDENTIDADE	203
4.1 – DOS FOCOS DE ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	203
4.2 – ESTRATÉGIAS DE DEFINIÇÃO DE SI	258
4.3 – EXPERIÊNCIAS E APRENDIZAGEM: AS TENSÕES DO QUOTIDIANO	281
CONCLUSÕES E NOTA FINAL	291
BIBLIOGRAFIA	307
Livros e Artigos	
Teses e Dissertações	
Legislação consultada e Referenciada	
Documentação consultada e não publicada	
ANEXOS EM Cd-rom	
Anexo I – Autorização EIPQ	
Anexo II – Questionário de Competências (Peritos) – 1ª volta	
Anexo III – Questionário de Competências (Peritos) – 2ª volta	
Anexo IV – Inventário de Competências - Estudantes	
Anexo V – Ego Identity Process Questionnaire – 1º Momento	
Anexo VI – Ego Identity Process Questionnaire – 2º Momento	
Anexo VII – Guião de Entrevista	
Anexo VIII – Domínios e Sistemas de Codificação utilizados na Observação Participante	
Anexo IX – Domínios e Sistemas de Codificação utilizados nas Entrevistas.	
Anexo X – Relatórios Reflexivos – Dimensões	

Anexo XI – Exemplar de uma entrevista

Anexo XII – Registo de uma sessão de observação participante

Anexo XIII – Matriz de dados da Observação Participante - Síntese

Anexo XIV – Relatórios Reflexivos - Síntese

Anexo XV – Grelha de análise – Entrevistas

ÍNDICE DE QUADROS

		Página
Quadro 1	Competências Pessoais / Genéricas (segundo alguns autores)	34
Quadro 2	Responsabilidade dos Docentes e Enfermeiros na Supervisão dos Ensinos Clínicos	55
Quadro 3	Crises Psicossociais nos Oito Estádios de Vida	70
Quadro 4	Definição dos Estatutos em função das dimensões Exploração e Investimento	78
Quadro 5	Distribuição da Carga Horário do Plano de Estudo	113
Quadro 6	Distribuição dos Ensinos Clínicos/Estágios ao Longo do Curso	113
Quadro 7	Taxonomias	121
Quadro 8	Designação dos Blocos da Entrevista	124
Quadro 9	Distribuição da População de Peritos por Tempo de Serviço	128
Quadro 10	Distribuição da População de Peritos por Atividade Profissional/ Experiência em Supervisão de Estudantes/ Curso de Especialização em Enfermagem	129
Quadro 11	Relação existente entre a Atividade Profissional dos Peritos e as áreas de Especialização	129
Quadro 12	Distribuição da População de Peritos por Formação Pós-graduada	130
Quadro 13	Relação existente entre a Atividade Profissional dos Peritos e a Formação Pós-graduada	130
Quadro 14	Distribuição da População por Faixa Etária	152

Quadro 15	Distribuição da População por Género	152
Quadro 16	Relação entre Género e Idade dos Estudantes	154
Quadro 17	Distribuição da População em Relação à Opção pelo Curso	154
Quadro 18	Número de Estudantes que Frequentam o 2º Ano do CLE pela 1ª vez	155
Quadro 19	Número de Estudantes que já frequentaram EC anteriormente	155
Quadro 20	Distribuição da População pelos Estatutos da Identidade	156
Quadro 21	Relação entre a Idade dos Estudantes e os Estatutos da Identidade	157
Quadro 22	Relação entre o Género dos Estudantes e os Estatutos da Identidade	158
Quadro 23	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “ <i>Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	226
Quadro 24	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “ <i>Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	226
Quadro 25	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “ <i>Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	227
Quadro 26	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 “ <i>Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	228
Quadro 27	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 “ <i>Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	229

Quadro 28	Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 “ <i>Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	230
Quadro 29	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “ <i>Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	232
Quadro 30	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “ <i>Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	233
Quadro 31	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “ <i>Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	234
Quadro 32	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 “ <i>Contribui para a promoção da saúde</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	235
Quadro 33	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 “ <i>Contribui para a promoção da saúde</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	236
Quadro 34	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 “ <i>Contribui para a promoção da saúde</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	237
Quadro 35	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B3 “ <i>Utiliza o Processo de Enfermagem</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	240
Quadro 36	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B3 “ <i>Utiliza o Processo de Enfermagem</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	242

Quadro 37	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B3 “ <i>Utiliza o Processo de Enfermagem</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	243
Quadro 38	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “ <i>Estabelece uma comunicação e relações interpessoais</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	244
Quadro 39	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “ <i>Estabelece uma comunicação e relações interpessoais</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	245
Quadro 40	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “ <i>Estabelece uma comunicação e relações interpessoais</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	246
Quadro 41	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “ <i>Promove um ambiente seguro</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	247
Quadro 42	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “ <i>Promove um ambiente seguro</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	248
Quadro 43	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “ <i>Promove um ambiente seguro</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	248
Quadro 44	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “ <i>Promove cuidados de saúde interprofissionais</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	249
Quadro 45	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “ <i>Promove cuidados de saúde interprofissionais</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	250
Quadro 46	Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “ <i>Promove cuidados de saúde interprofissionais</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	250

Quadro 47	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “ <i>Contribui para a valorização profissional</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	251
Quadro 48	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “ <i>Contribui para a valorização profissional</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	252
Quadro 49	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “ <i>Contribui para a valorização profissional</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	252
Quadro 50	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “ <i>Desenvolve processos de formação contínua</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico	253
Quadro 51	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “ <i>Desenvolve processos de formação contínua</i> ” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico	254
Quadro 52	Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “ <i>Desenvolve processos de formação continua</i> ” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico	254
Quadro 53	Média da cotação dos critérios de competências – 1º EC, 2º EC e 1º EC VS 2º EC	255
Quadro 54	Distribuição da População pelos Estatutos da Identidade	259
Quadro 55	Alteração dos Estatutos de Identidade ao longo dos Ensinos Clínicos	259

ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
Figura 1	O Ponto de Encontro das Competências	27
Figura 2	O Cursor da Competência	28
Figura 3	Tipologia ou Modelo de Competências	32
Figura 4	Níveis de Ação	37
Figura 5	Alternativas de Desenvolvimento ao longo dos Estatutos da Identidade	261

ÍNDICE DE ORGANOGRAMAS

		Página
Organograma 1	Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – 2004	41
Organograma 2	Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – 2012	42

SIGLAS:

C1	Cirurgia – Observação 1
(...)	(...)
C25	Cirurgia – Observação 25
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CONS	Identidade Construída
CVP	Cateter Venoso Periférico
DIF	Identidade Difusa
Doc. M1	Documento “Relatório Reflexivo” Medicina – 1ª semana
(...)	(...)
Doc. M10	Documento “Relatório Reflexivo” Medicina – 10ª semana
Doc. C1	Documento “Relatório Reflexivo” Cirurgia – 1ª semana
(...)	(...)
Doc. C10	Documento “Relatório Reflexivo” Cirurgia – 10ª semana
E1	Estudante 1
(...)	(...)
E8	Estudante 8
EC	Ensino Clínico
EIPQ	Ego Identity Process Questionnaire
M1	Medicina – Observação 1
(...)	(...)
M18	Medicina – Observação 18
M6 Esc.	Medicina – Observação 6 – em contexto de Escola
MOR	Moratória
OE	Ordem dos Enfermeiros
OUT	Identidade Outorgada
QI	Quociente Inteligência
REPE	Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem
T1	Tutor 1
(...)	(...)
T4	Tutor 4

INTRODUÇÃO

Enquadramento e problemática do estudo

A formação dos profissionais de saúde realiza-se em contextos de elevada exigência. Se é verdade que, por um lado, a tecnologia e o volume de informação evoluíram de forma significativa, por outro, cada vez mais se verifica a necessidade em promover uma formação que facilite a definição de um autoconceito positivo, de forma a permitir o aprofundamento do pensamento ético e uma maior capacidade para lidar com a mudança. Face às mudanças que têm ocorrido nos contextos de saúde e nas modalidades de emprego, torna-se necessário questionar os processos de acompanhamento dos estudantes, como espaços privilegiados de definição de disposições para a formação ao longo da vida. A formação clínica, como espaço de formação, onde o estudante se confronta com situações de saúde e de doença, e aprende a resolver problemas, deve preparar o formando para a atual realidade profissional.

Pretende-se formar profissionais que lidem com os desafios crescentes de qualidade, com enormes conjuntos de informação e que saibam partilhar o seu espaço de intervenção, preservando a autonomia da decisão, mas também, a dignidade da pessoa que usufrui dos cuidados.

Com este propósito, o estudante deve ser ajudado a desenvolver o seu próprio percurso de formação, preparar-se para o mundo de trabalho e aprofundar as capacidades de decisão em contexto clínico (Abreu, 2007; Correia, 2010; Correia, Fidalgo, & Fidalgo, 2011). A formação deve ser vista como a forma de desenvolver no formando as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos (Carvalho, 2003; Correia, 2010).

No que se refere à didática e formação, a investigação realizada nos últimos anos tem dado visibilidade a diversos fatores relevantes para a formação dos estudantes de enfermagem. Valoriza-se uma formação que ajude o formando a analisar, a dissecar e a transferir conhecimentos, no sentido do desempenho de um papel autónomo.

Para além de incidir nos conhecimentos científicos e instrumentais, a formação deve privilegiar o desenvolvimento de capacidades como o espírito crítico, a criatividade, o

espírito de equipa, a capacidade de negociação, o pensamento ético e ainda o trabalho com a diversidade.

A orientação de estudantes em ensino clínico tem sido alvo de diversas reflexões, sendo apontada como uma das causas responsáveis pela dicotomia teoria/prática na formação em enfermagem (Carvalho, 2003; Silva, & Silva, 2004).

Cada vez mais se defende que a aposta reside numa “orientação partilhada”, pelo facto de através dela, cada um dos orientadores que supervisiona e acompanha o estudante, possa contribuir com os saberes e competências que melhor domine, tornando a formação dos estudantes mais abrangente e reflexiva (Abreu, 2007).

Segundo esta perspetiva a formação clínica deverá envolver três intervenientes, cada um deles desenvolvendo diferentes papéis no processo de formação: o estudante, o docente e o tutor.

Justificação da escolha do objeto de estudo

A temática deste trabalho insere-se numa trajetória pessoal e profissional que defende a formação como indagação, compreensão e interpretação. Ao longo da nossa carreira docente, temos vindo a questionar-nos sobre o investimento crescente na área da supervisão, e no impacto da mesma no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de enfermagem. Outro aspeto sobre o qual temos vindo a refletir, prende-se com as problemáticas supervisivas diretamente relacionadas com os modelos de cooperação entre escolas e instituições de saúde. Queremos com isto dizer que a formação em enfermagem não deve ser encarada como exclusiva dos docentes, devendo ser reconhecido nos enfermeiros da prática clínica, saberes e competências promotores do desenvolvimento do estudante. A formação deve envolver uma parceria entre escola e instituições de saúde.

A ser assim, os estudantes ao longo do curso estão sujeitos a um conjunto de influências, nomeadamente as relacionadas com a identidade profissional do docente e, paralelamente, as resultantes dos vários contextos onde realizam os ensinamentos clínicos. Nesta perspetiva, a sua socialização ao longo do curso representa um processo de “transformação educacional” resultante dos diferentes meios institucionais, conduzindo à assimilação dessa(s) cultura(s).

Ao localizar-se no contexto de trabalho, os estudantes estão a inserir-se em duas culturas: a escolar e a profissional. Se aceitarmos esta perspetiva, então, temos que estar atentos à possibilidade de divergências ao nível dos modelos identitários.

Neste sentido, o trabalho que apresentamos, aspira a constituir-se como um contributo nos domínios da didática em geral e, da formação e supervisão em particular, sendo esta última, considerada pela comunidade científica como uma referência para o desenvolvimento das relações entre as diversas áreas do saber em enfermagem.

Questões de investigação e objetivos do estudo

A formulação de uma questão geral, suficientemente ampla, permitiu que esta gerasse, quer na fase de conceptualização, quer ao longo da fase de operacionalização, outras questões mais específicas, focalizando o estudo e entendendo aspetos particulares de elementos estruturais, relações entre objetos, sujeitos e dinâmicas sociais, que contribuíram para dar resposta à questão central.

Foi nesta linha que se estruturou a seguinte **questão de pesquisa**: *Qual a influência dos processos supervisivos no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?*

No plano das **questões mais específicas** procurou-se entender:

- De que forma os processos supervisivos influenciam o desenvolvimento da identidade dos estudantes em ensino clínico?
- Qual a influência dos processos supervisivos sobre o desenvolvimento de competências dos estudantes?
- Em que medida as experiências clínicas vivenciadas pelos estudantes determinam mudanças no estatuto de identidade?
- Quais as competências que os estudantes mais valorizam ao longo da aprendizagem clínica?
- Quais as competências que os estudantes consideram ter desenvolvido ao longo de cada um dos ensinamentos clínicos?

- Em que medida existe, na perspetiva dos atores envolvidos, uma relação entre as competências desenvolvidas no decurso de estágios sequenciais?

Decorrentes destas questões delineamos os seguintes **objetivos**:

- Analisar o processo de construção identitária dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Identificar fatores de natureza clínica, sociocultural ou relacional que interferem com o desenvolvimento dos estatutos da identidade no grupo de estudantes;
- Analisar a influência dos processos supervisivos desenvolvidos pelos docentes e pelos tutores no processo de construção identitária dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Avaliar a forma como os estudantes gerem o conhecimento em enfermagem, no decurso do seu trajeto de formação.

Metodologia do estudo

Tendo em conta o nosso objeto de estudo, as questões e os objetivos da investigação, recorreremos a uma abordagem multimétodo, onde contemplamos as metodologias quantitativa e qualitativa. Nesse sentido, e apoiados nos referenciais teóricos que sustentam a fundamentação sobre o tema, consideramos ser necessário um conhecimento aprofundado, de forma que permitisse através da vivência no terreno e relação direta com os atores, o contacto e o conhecimento sobre a questão por nós colocada. Ou seja, elegemos a perspetiva etnográfica, na medida em que nos permitia interpretar as interações estabelecidas pelos atores e os significados que os mesmos lhes atribuem (Flick, 2005).

Ao pretendermos compreender a influência da relação supervisiva no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, e por se tratar de um fenómeno social complexo, consideramos que o estudo de caso seria a opção mais adequada (Yin, 2005). Deste modo, foi possível respeitar as características e significados dos acontecimentos, circunscrevendo-nos à especificidade dos contextos.

A nossa investigação desenvolveu-se numa Escola Superior de Enfermagem, numa turma do 2º ano do Curso de Licenciatura que, no 2º semestre do mesmo, teve o seu primeiro contacto com o contexto da prática clínica.

De acordo com a metodologia adotada, o trabalho de campo passou pela aplicação de um questionário, bem como, pela construção e aplicação de um inventário de competências, em dois momentos do referido ano letivo. Adotamos, no entanto, como técnica de recolha de dados nuclear, a observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas.

Através dos métodos qualitativos pretendíamos, adotando os princípios de Spradley (1980), compreender as relações estabelecidas entre os diversos sujeitos, bem como, a influência dos contextos sobre os mesmos.

A informação recolhida através da metodologia qualitativa foi sujeita a análise de conteúdo, a qual foi enriquecida com a triangulação da análise dos dados quantitativos.

Somos da opinião que, a metodologia por nós utilizada respondeu de forma adequada ao fenómeno em estudo. Queremos com isto dizer que, a perspetiva que nos acompanhou no desenvolvimento do trabalho contribuiu para o esclarecimento sobre as dinâmicas de formação, o mundo vivido em contexto da prática e as formas identitárias desenvolvidas.

Estrutura do trabalho de investigação

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira, intitulada por “Identidade, Enfermagem e Supervisão” e constituída por quatro capítulos, fazemos a contextualização do estudo situando-o ao nível teórico.

No primeiro capítulo, “Formação e Enfermagem”, começamos por refletir sobre a enfermagem como profissão. Abordamos a enfermagem de acordo com a perspetiva holística, considerando a relação de ajuda a sua verdadeira essência. Apoiando-nos em autores como Le Boterf (1995; 2003; 2005), Dias (2006), Pires (1994; 2002), Phaneuf (2001; 2003), entre outros, fazemos uma retrospectiva histórica do conceito de competência, para de seguida, nos centramos nas competências dos profissionais de enfermagem. Terminamos este capítulo com uma abordagem às Competências do Enfermeiro de

Cuidados Gerais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2004) e reformuladas pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2012).

No segundo capítulo desta parte, “Formação e Supervisão em Ensino Clínico”, debruçamo-nos sobre os contextos clínicos e o seu potencial formativo. Apoiados na bibliografia consultada, abordamos a formação clínica como promotora de um maior desenvolvimento da identidade do estudante comparativamente com a formação em contexto académico. Refletimos sobre as problemáticas inerentes aos contextos e na influência dos mesmos sobre o desenvolvimento identitário dos estudantes.

Consideramos a escola como um lugar privilegiado de construção identitária, na medida em que é o espaço onde tem início a construção da identidade profissional dos enfermeiros, identidade essa que se reconstrói em contacto direto com os contextos de trabalho ao longo da vida (Abreu, 2001; 2007). Referimo-nos aos contextos de trabalho como espaços de formação, pela oportunidade que proporcionam de desenvolver competências profissionais e interiorizar normas, valores e modelos de referência da profissão, assumindo assim um carácter potencialmente socializador.

No terceiro capítulo “Desenvolvimento da Identidade”, abordamos a identidade pessoal de acordo com a perspetiva de James Marcia. Explanando a perspetiva do referido autor, apresentamos as duas dimensões por ele defendidas para a formação da identidade pessoal. Referimo-nos à “exploração” e ao “investimento”. Com base nas mesmas, Marcia (1986) identificou quatro estatutos de identidade: identidade difusa, identidade outorgada, moratória e identidade construída. Defende o autor que o desenvolvimento da identidade é uma tarefa difícil, e muito importante, que decorre fundamentalmente no período da adolescência.

No último capítulo desta primeira parte “Identidade Profissional dos Enfermeiros”, refletimos sobre os processos de construção identitária. Defendemos que a identidade profissional resulta de processos sociais, tomando um lugar de destaque a formação, as interações sociais e os contextos de trabalho.

Na segunda parte do trabalho, com o título “Da definição de Si ao Desenvolvimento da Identidade”, começamos por sistematizar o processo metodológico que desenvolvemos, esclarecendo as opções metodológicas que lhe estiveram subjacentes, as estratégias de

investigação privilegiadas, as razões da escolha deste estudo de caso e o percurso seguido no acesso e tratamento da informação.

No segundo capítulo desta parte, “Caraterização dos participantes e do ambiente de aprendizagem”, apresentamos, como se depreende, a caraterização da população em estudo, bem como, dos respetivos contextos. No terceiro capítulo, “Da relação ao desempenho do papel”, analisamos a relação estabelecida entre os estudantes e os indivíduos intervenientes no processo de formação, nomeadamente, professores, tutores, equipa multidisciplinar e utentes. O quarto capítulo, “Da definição de si à conquista de uma identidade”, incide sobre os vários condicionalismos que (re)definem a identidade pessoal e profissional dos estudantes em estudo. Fazemos uma abordagem sobre um conjunto complexo, no qual intervêm diferentes instâncias mediadoras – os indivíduos, os contextos e as vivências pessoais, as dinâmicas de interação onde as relações e emoções são experienciadas intensamente – configurando-se como apropriações importantes no desenvolvimento da identidade. Debruçamo-nos ainda sobre as competências desenvolvidas pelos estudantes, ao longo dos ensinamentos clínicos realizados, tendo em conta a influência dos respetivos intervenientes e contextos.

Ao longo destes três últimos capítulos, identificamos que os contextos clínicos são promotores do desenvolvimento de identidades específicas. No entanto, verificamos que os atores em estudo evidenciam um conjunto de congruências ao nível identitário, resultante da formação académica em contexto escolar e desenvolvida, fundamentalmente, ao longo primeiro ensino clínico.

Nas conclusões, procuramos responder às questões levantadas ao longo da pesquisa, realçamos que a relação supervisiva é determinante no desenvolvimento da identidade, tendo-se verificado no nosso estudo uma forte influência dos diferentes contextos. Identificamos ainda que o desenvolvimento integral das competências profissionais é fulcral para o desenvolvimento de uma identidade profissional positiva.

O trabalho finaliza-se com a apresentação da Bibliografia, nomeadamente, livros, artigos, teses/dissertações e legislação consultada. Por fim, terminamos com a listagem de um conjunto de documentos consultados e não publicados, que foram por nós recolhidos durante o trabalho de campo e posteriormente sujeitos a análise.

I PARTE

IDENTIDADE, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO

1 – FORMAÇÃO E ENFERMAGEM

A formação em enfermagem tem por objetivo proporcionar o desenvolvimento de competências transformativas, humanísticas e científico-técnicas. Através de uma metodologia autodirigida pretende promover no estudante o desenvolvimento da autonomia de modo a prepará-lo para a vida. Deve ainda ser encarada como uma forma de desenvolver as competências necessárias para mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos (Carvalho, 2003).

De acordo com esta perspetiva, é papel da escola formar e preparar os estudantes para o mundo do trabalho (Correia et al, 2011). Defende Carvalho que *“É a ela que prioritariamente é confiada a responsabilidade de assegurar a aquisição e o desenvolvimento de competências”* (2003: 5). Neste sentido, as escolas devem preparar os estudantes de acordo com determinado perfil, sendo para isso necessário, continuamente, (re)pensar o seu modelo de formação. Os currículos não devem apenas privilegiar a componente científico-técnica, mas incluir nos objetivos da formação o domínio comportamental (Bevis & Watson, 1989; 2005; Carvalho, 2003).

Consideram as autoras referenciadas que o estudante aprende muito mais através do modelo que percebe dos seus professores (e enfermeiros da prática clínica), do que através do que lhe é transmitido em sala de aula, pelo que é importante termos presente as semelhanças entre “Formar” e “Cuidar”. O formando deve ser visto como o centro do processo pedagógico, uma vez que, quer a formação, quer a prestação de cuidados, permitem à Pessoa, que se coloque na experiência e cresça a partir dela (Bevis & Watson, 1989; 2005; Araújo, 2012).

Tendo em conta as atuais mudanças ocorridas na sociedade, a evolução das ciências de enfermagem e consequentemente da formação em enfermagem, a reflexão sobre que enfermeiros formar para o atual mundo do trabalho, é uma questão de primordial relevância. Deve ser dada importância ao desenvolvimento das capacidades de análise e síntese, ao processo de tomada de decisão e à resolução de problemas, fatores determinantes para o estudante aprender (Sá-Chaves, 2000). Queremos com isto dizer que, tal como o modelo da prestação de cuidados centrado no utente, implica uma participação

ativa nas tomadas de decisão, também o estudante, deve participar no processo formativo, quer no que se refere aos utentes que cuida, quer em relação ao seu próprio processo de formação (Carvalho, 2003; Bevis & Watson, 1989; 2005; Araújo, 2012).

Para além de um aprofundamento global, a formação deve privilegiar o desenvolvimento de capacidades como o espírito crítico, criatividade, espírito de equipa, capacidade de negociação,... e, fundamentalmente, desenvolver uma formação cultural ampla e sólida baseada em referenciais teóricos e analíticos gerais (Dias, 2006).

A formação do futuro profissional deve incluir ainda uma forte componente de reflexão a partir de situações reais. Esta é a única forma de um profissional se sentir capaz de enfrentar situações novas e diferentes. Situações com as quais terá de lidar continuamente ao longo da vida. Isto implica um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligível e criativo, que permita saber agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, caracterizados por zonas de indefinição, que de cada situação fazem uma novidade a exigir uma nova reflexão, e uma atenção dialogante com a própria realidade (Le Boterf, 2003).

Bevis & Watson, (1989; 2005), Carvalho (2003), entre outros, referem que um dos principais problemas da formação consiste na incapacidade de mobilizar as principais virtualidades criativas dos indivíduos, ao fazer apelo a uma formação reprodutora e especializada, apesar do discurso de modernização que induz a uma autoconfiança nos recém-formados. Os estudantes são habitualmente preparados para tomar decisões através da aplicação de conhecimentos científicos, numa perspetiva de ciência aplicada, como se esta fosse a forma de resolver os problemas reais.

A realidade mostra-nos que na prática, cada vez mais os estudantes são confrontados com situações ímpares, únicas e completamente novas. Devido a tal facto, os futuros profissionais devem ser preparados para lidar com situações ambíguas, confusas, para as quais nem a teoria nem a técnica, por si só, podem dar soluções. A função da escola deverá ser a de favorecer o desenvolvimento integral do estudante, considerando as suas capacidades, necessidades, expectativas e aspirações, para que se transforme num profissional ativo e reflexivo. Um conceito de formação que considere não apenas o desenvolvimento profissional do indivíduo, mas acentuando a dimensão do seu desenvolvimento pessoal, parece ser, tal como defendem Carvalho (2003), Johnson,

Cowin, Wilson, & Young (2012), entre outros, o ponto de vista mais adequado. A formação deve privilegiar o desenvolvimento pessoal e não apenas a aquisição de conhecimentos e técnicas (Johnson et al, 2012). O paradigma emergente aponta para a valorização de saberes de outra natureza, nomeadamente a adaptabilidade e a capacidade de transformabilidade (Le Boterf, 2003). A tónica tem que ser posta na aquisição e desenvolvimento de novas competências, no desenvolvimento global do estudante e não apenas na aquisição de saberes específicos.

1.1 – A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO

Desde que a enfermagem é abordada em termos de profissão, têm sido identificadas diferentes concepções. Por um lado, a evolução tecnológica e o apelo que se faz à vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida e o prolongamento de situações incuráveis, conduzem à necessidade de destacar os cuidados mais relacionados com uma área predominantemente afetiva e de suporte emocional. Evidenciam-se assim duas vertentes de concepção de enfermagem, ou seja, duas formas de os enfermeiros conceberem a sua ação que, muito embora traduzam abordagens distintas, se apresentam como complementares e mesmo interdependentes.

Apesar de a enfermagem ser considerada uma profissão de relação, ela é também uma profissão científico-técnica e tem sido marcada ao longo dos tempos pela influência de outros grupos profissionais, nomeadamente a influência médica.

Se é verdade que na atualidade a dimensão do Cuidar tomou um lugar de destaque por ser considerada a essência da profissão, foi com Florence Nightingale e mais tarde com Virgínia Henderson, que o indivíduo sã ou doente, foi considerado o principal interesse da atuação da enfermagem, com vista ao restabelecimento ou à independência do mesmo, sendo o Cuidar um conceito visto como essencial à vida.

O conceito de Cuidar deve ser entendido como um conceito aberto, o qual permite uma relação de proximidade com a Pessoa (Watson, 1989; 2005). Para Mayeroff (1990) Cuidar consiste em ajudar o “Outro” a crescer, reconhecendo que este é possuidor de recursos necessários para se desenvolver, sendo apenas preciso que o apoiemos nas suas decisões.

Cuidar designa o facto de se estar atento ao “Outro”, e às suas necessidades. A atenção singular contida no Cuidar, não é programável, pelo que não pode ser pré-estabelecida (Hesbeen, 2004). Segundo o mesmo autor, conseguir mobilizar conhecimentos globais na prestação de cuidados, não equivale a reduzir a Pessoa a uma norma científica. Apesar dos conhecimentos científicos serem fundamentais para a prática profissional, esses conhecimentos não podem substituir a prática do Cuidar que diz respeito a um sujeito em particular.

Embora o Cuidar não seja exclusivo da enfermagem, ao enfermeiro, atendendo à sua especificidade profissional, é-lhe solicitado um elevado investimento ao nível da individualidade da Pessoa e é reconhecendo a sua singularidade, que o enfermeiro pode contribuir para o crescimento e desenvolvimento da Humanidade (Cerqueira, 1999). Segundo um estudo realizado por Amaral & Rodrigues (1997) os enfermeiros inquiridos consideraram que o Cuidar é um conceito específico da ação de enfermagem. Roach (1987) menciona que o Cuidar, apesar de não ser exclusivo da enfermagem torna-se único, ao ser considerado a sua essência, onde as restantes características se integram. Griffin (1983) refere que o Cuidar é o eixo central da enfermagem, e consiste no aspeto estrutural do crescimento e desenvolvimento do Ser Humano.

A enfermagem é considerada a “Ciência do Cuidar”, pela humanização e qualidade dos cuidados que presta, integrando aspetos comunicacionais, relacionais e técnicos, e tendo em consideração as circunstâncias da Pessoa e do meio envolvente. Contudo, existem alguns aspetos sobre os quais devemos refletir. Ainda que teoricamente, se defenda um Cuidar em enfermagem direcionado para a Pessoa e para a relação de ajuda, na prática, observa-se que a atenção dos profissionais de enfermagem se foca, fundamentalmente, no diagnóstico das necessidades e problemas biológicos do utente. O foco de atenção dos cuidados continua a ser a técnica (Johnson et al, 2012), afastando assim o homem de si mesmo (Frade, 1999).

Santos (2003) refere que, com frequência, os utentes manifestam insatisfação face à crescente desumanização dos cuidados, alegando que os profissionais de saúde subvalorizam o seu sofrimento físico e psicológico, bem como indisponibilidade para os escutar. Esta constatação traduz a existência de relações impessoais, entre o profissional de enfermagem e o doente, onde este último se torna quase uma “coisa”. Todavia os cuidados

de enfermagem não cumprem a sua finalidade senão pela junção de duas dimensões: a que visa o sujeito – a Pessoa cuidada – tendo em consideração as suas necessidades, expectativas, percepções ou emoções; e a que visa o objetivo dos cuidados – a doença (Phaneuf, 2005).

Barbosa (1996) analisou um conjunto de estudos relacionados com as expectativas dos doentes face aos profissionais de enfermagem, bem como a percepção destes sobre os cuidados prestados. Num dos estudos analisados, realizado por Rebelo (1982), numa unidade de internamento de medicina, concluiu-se que as expectativas dos doentes em relação aos enfermeiros se dividiam em duas grandes áreas: natureza afetiva, como “*empatia nos momentos de sofrimento*”, e natureza instrumental, como “*cuidados de higiene, medicamentos*” (Barbosa, 1996: 69).

Num outro trabalho analisado pelo mesmo autor, e realizado nos cuidados de saúde primários por Martins (1988), é estabelecida a comparação entre as expectativas dos doentes e a percepção dos enfermeiros relativamente aos cuidados prestados, verificando-se existir uma convergência de opiniões entre os utentes e os enfermeiros, já que ambos os grupos consideravam mais importantes as atividades de âmbito afetivo do que as de âmbito instrumental/técnico. Barbosa (1996) confirmou estes mesmos resultados, num outro estudo realizado nos cuidados de saúde primários e, desenvolvido por Rocha (1989).

Barbosa (1996) analisou ainda um trabalho efetuado por Alves em 1992 na consulta externa, para avaliar a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados. Identificou três tipos de expectativas básicas: área técnico-científica, área afetiva e área de relação de ajuda; sendo que estas duas últimas áreas foram as mais valorizadas. Também neste estudo foram identificados alguns fatores considerados positivos nos cuidados de enfermagem, nomeadamente: disponibilidade, linguagem acessível, ensino, relação de ajuda e a capacidade de orientação para a resolução de problemas.

Dos resultados apresentados por Barbosa (1996) podemos intuir que os doentes e os profissionais valorizam, fundamentalmente, as atividades de natureza expressiva/afetiva.

Outros estudos apresentam perspetivas diferentes, por exemplo, Calman (2006) concluiu que os doentes, num primeiro contacto com o profissional de enfermagem, valorizam mais as competências técnico-científicas e só após a validação destas, passam a privilegiar as relações interpessoais.

Waldow, Lopes, & Meyer (1995) referem que o Cuidar em enfermagem se torna difícil e inadequado quando visa somente o desempenho de uma determinada tarefa. Apesar da vertente técnica ser importante, há que dar atenção à componente relacional, pois é através desta última que se respeita e valoriza a individualidade da Pessoa, reconhecendo os seus sentimentos e a sua forma única de enfrentar a situação. É por isso necessário refletir sobre o modo como cuidamos (Carvalho, Jesus, & Martins, 1994).

Segundo Lazure, (1994) o Cuidar em enfermagem, para ser realmente eficaz, implica necessariamente a relação de ajuda, conceito que emerge com C. Rogers. Rogers (2009) definiu três condições que considera essenciais para o desenvolvimento da relação de ajuda, nomeadamente: i – congruência, que consiste na capacidade de se expressar tal qual se é; ii - a aceitação incondicional do outro, que passa por não fazer qualquer juízo de valor ou avaliação acerca do outro, ou seja, pressupõe que vejamos a Pessoa como única, independente e com sentimentos próprios; iii - compreensão intuitiva da Pessoa cuidada, isto é, estar atento e aperceber-se do mundo interior do outro, aceitando os sentimentos vivenciados por este.

De acordo com a perspetiva de Lazure (1994), a Pessoa constitui o centro dos cuidados, que se dirigem fundamentalmente para o seu total desenvolvimento. A relação de ajuda permite ao “Outro”, obter uma nova compreensão de si mesmo, possibilitando-lhe evoluir à luz desta nova orientação.

Queirós (1999) afirma que a relação de ajuda consiste numa interação entre duas pessoas, o enfermeiro e o doente, onde cada uma intervém para a satisfação da necessidade de ajuda deste último, o que vai ao encontro da perspetiva de Cerqueira (1999) o qual defende que a relação de ajuda engloba um “intercâmbio” entre duas pessoas, onde um dos elementos capta as necessidades do outro, com o objetivo de o ajudar a compreender, aceitar e fazer frente ao seu problema.

Para Peplau (1992) a relação interpessoal emerge como o eixo dos cuidados de enfermagem, segundo a autora, a relação de ajuda desenvolve-se ao longo de quatro fases: i - fase de orientação, em que a Pessoa procura a ajuda do profissional de saúde; ii - fase de identificação, onde o profissional de saúde assume o papel de “facilitador” da exploração dos sentimentos do outro; iii - fase de exploração, onde se inicia uma identificação entre o profissional de saúde e a Pessoa; iv - fase de resolução, que corresponde ao fim da relação

terapêutica, em que a Pessoa cuidada sente-se capacitada para progredir na concretização dos seus objetivos.

De acordo com os autores supracitados, a relação de ajuda caracteriza-se por um modelo de intervenção formal, pois implica uma estruturação (Phaneuf, 2005). A relação de ajuda informal, por sua vez, estabelece-se espontaneamente, consoante as necessidades de ajuda da Pessoa. Neste tipo de relação, o profissional, momentaneamente, oferece apoio face à situação de outro (Abreu, 2004).

Em Portugal, a relação de ajuda passou de uma tendência a um dever com o Decreto-lei nº 161/96, de quatro de Setembro - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que estabelece no artigo 5º que os cuidados de Enfermagem se caracterizam por: *“1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”*; e por *“2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente”*.

“Ajudar” consiste em reconhecer que a Pessoa é possuidora dos recursos básicos e fundamentais para solucionar o seu problema. Partindo deste pressuposto, o papel do profissional de enfermagem consiste em colocar à disposição do outro, todas as condições que este necessita para satisfazer as suas necessidades (Lazure, 1994), ou seja, apoia-lo na descoberta dos recursos pessoais fundamentais à resolução do seu problema. Trata-se de ajudar a Pessoa a crescer e a desenvolver-se, sem ser substituída neste processo.

No âmbito da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” assume um significado muito profundo, pois não engloba somente a presença física do profissional ou o desempenho de uma determinada tarefa, implica que todo o seu ser esteja à disposição do “Outro” (Lazure, 1994). A relação em si mesma, não é algo que tenha que ser feito, nem se trata de uma simples intervenção (Adam, 1994).

O profissional de enfermagem, para conseguir estabelecer uma relação de ajuda com o “Outro”, deve desenvolver competências de: escuta, respeito, clarificação, congruência, compreensão empática, confronto e apoio (Lazure, 1994; Queirós, 1999).

Peplau (1992) defende que, cada contacto com a Pessoa cuidada é um momento privilegiado para a compreensão das suas dificuldades e necessidades e, se possível, para a ajudarmos a reencontrar o controlo sobre a sua vida. Menciona ainda, que para além dos recursos pessoais do “Outro” e o seu papel ativo, é importante considerar-se a sua rede de

apoio. Assim sendo, para se compreender as necessidades da Pessoa cuidada a partir do seu quadro de referência, é essencial que o enfermeiro, para além das competências científico-técnicas, desenvolva também competências do âmbito pessoal e relacional, isto é, do foro socio-afetivo (Pires, 1994; 2002). Por conseguinte, para “Cuidar” e praticar cuidados de excelência, é necessário ir ao encontro das necessidades da pessoa e não exercer, simplesmente, os papéis técnico e educacional.

No Cuidar é possível dissociar os aspetos orgânicos e psicológicos, da vertente técnica, isto significa que esta dimensão engloba a vertente humanista e holística (Mariz 1995; Watson, 1989, 2005)

No sentido de privilegiar as correntes humanista e holística, os enfermeiros têm adoptado vários modelos conceptuais. As abordagens propostas pelos vários modelos de enfermagem orientam a ação de enfermagem de modos ligeiramente diferentes, mas partilham a atenção às necessidades do utente, aos problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e, às dificuldades da sua adaptação ao stress. A orientação dominante é sempre numa perspetiva holística. De forma mais ou menos explícita, é comum aos vários modelos a valorização da relação interpessoal, do respeito pelos valores e cultura do utente e da promoção do autocuidado. Isto é, procura-se a participação dos utentes nas tomadas de decisão de modo a promover o seu máximo potencial de saúde e bem-estar. Estes modelos traduzem assim, o que deve ser a ação de enfermagem e as atitudes que devem presidir a sua ação. Para o desenrolar desta ação, cada modelo apela para alguns pressupostos, estipula objetivos e propõe quais os dados a colher na avaliação do utente. Esta avaliação tem em vista fazer o “diagnóstico de enfermagem”, ou seja, identificar um conjunto de necessidades e problemas que exigem intervenções.

Todos os modelos apontam para intervenções individualizadas de enfermagem, isto é, intervenções centradas no utente e nas suas necessidades. O utente é visto como um sujeito de cuidados e a relação assume importância primordial.

De acordo com Morse, Solberg, Neander, Bottorff & Johnson (1990), os modelos teóricos de enfermagem podem ser agrupados em três grandes teorias: i- teoria do *deficit* de autocuidado (Orem); ii – teoria transcultural de cuidar (Leininger), iii – teoria transpessoal do cuidar (Watson).

A “Teoria do *deficit* de autocuidado - de Orem”, defende que os seres humanos necessitam de automanutenção e autorregulação permanentes, através de ações que a autora designa por autocuidados. A capacidade para satisfazer estas necessidades pode variar, pelo que podem ser necessárias ações específicas para assistir os utentes, quando eles por si só, não são capazes de satisfazer o seu autocuidado.

O Cuidar para esta autora, está diretamente relacionado com a “relação de ajuda” (Morse et al 1990). Consiste em “*fazer pelo outro*”, “*apoiar*”. Contempla, no entanto, a vertente de ensino, no sentido de promover a autonomia do indivíduo.

Partilhando valores e conceitos com a teoria anteriormente apresentada, Leininger identificou, ao longo de 30 anos de estudos antropológicos, diferenças significativas na forma como as pessoas exprimem e se comportam em relação ao Cuidar. Concluiu que o Cuidar está ligado a padrões culturais. O bem-estar do indivíduo não só está condicionado, mas também é percebido de forma diferente, em função dos valores familiares, sociais, culturais e institucionais.

A teoria transcultural de Leininger deve ser entendida como uma conceptualização para ajudar o enfermeiro a investigar os diferentes contextos culturais e também, identificar os valores e práticas sociais que influenciam o significado do Cuidar. A autora realça a importância de uma intervenção holística que atenda às especificidades culturais. A enfermagem transcultural dirige a atenção aos sistemas de assistência, valores, crenças e padrões de comportamento em matéria de saúde (Leininger, 1995).

A outra autora anteriormente referida, Watson (1989, 2005), apoiando-se em conhecimentos científicos e humanísticos, apresenta-nos uma perspetiva fenomenológica e existencial que culmina numa relação interpessoal enfermeiro/utente. A Pessoa, segundo esta autora, é um organismo com experiências e perceções, e não apenas um organismo material e físico, que possui três níveis de existência – corpo, mente e espírito (ou alma). O “Eu” é um conceito subjetivo e é influenciado pela “experiência de vida”, pensamentos, sensações (físicas e psíquicas), desejos e memória. Assim cada “Eu” capta o mundo de forma diferente. A Pessoa é então definida, como a relação estabelecida entre o “Eu experienciado” (vivenciado, o Eu) e o “Eu percebido” (sentido, o Mim).

Watson dá um grande relevo à parte metafísica da pessoa, talvez por isso minimize o ambiente físico, pelo que a sua definição de ambiente não é muito clara. Considera que

existe um mundo objetivo (físico e material) e um mundo espiritual. A saúde é a unidade e harmonia entre mente, corpo e espírito, necessitando por isso de existir congruência entre o "Eu" e o "Mim". A enfermagem é, nesta perspectiva, a ciência humana de experiências e vivências onde se realizam transações humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas. A enfermagem define-se através do cuidado humano.

1.2 - FORMAR EM ENFERMAGEM: QUE PERSPETIVA?

A formação inicial em enfermagem é a fase da interiorização de saberes e da cultura da profissão. Apresenta-se como um campo complexo, onde se entrecruzam o desenvolvimento de competências científico-técnicas e relacionais, para o exercício de uma profissão, que é vocacionada não só, para a dimensão curativa, mas também para a dimensão preventiva e de reabilitação do utente, objetivando sempre a promoção da saúde.

Atendendo às dimensões que envolvem as práticas de enfermagem, a formação inicial dos enfermeiros faz apelo a diversas ciências que contribuem para um corpo de conhecimentos estruturado.

Para Henriques (2002) o ensino de enfermagem, como processo de formação profissional, toma um carácter dualista, atendendo a que na formação se enfatizam as atividades terapêuticas, através dos currículos formais, que colocam a tónica no modelo biomédico, embora seja reconhecido o modelo holístico como essencial para a prestação de cuidados. Isto denota a relação inevitável entre os dois modelos.

A este propósito Bevis & Watson (1989; 2005) defendem que não é possível contemplar em contexto académico toda a diversidade de situações formativas, a prática torna-se fundamental para desenvolver aspetos de natureza relacional. Neste sentido, é importante a articulação entre instituições escolares e instituições de trabalho, de forma a permitir o desenvolvimento de competências socio-afetivas e relacionais, bem como competências científico-técnicas.

A insuficiência dos currículos para a formação centrada no Cuidar, bem como as limitações inerentes aos contextos organizacionais, no que se refere à prática vocacionada para o cuidado Humano, conduzem a que na formação inicial, e na prática profissional, exista um constante (re)adaptar de estratégias (Henriques, 2002). E, se por um lado, os

contextos de trabalho limitam a prática do Cuidar, são também ricos para o desenvolvimento de competências, pela busca constante que proporcionam (ibidem).

Josso (2002), Serra (2011), Johnson et al (2012), entre outros, defendem que é durante o período de formação de base que o estudante adquire e desenvolve um maior leque de competências que o vão influenciar ao longo de toda a sua vida profissional. Assim, apesar das condições de trabalho e das características dos contextos se apresentarem por vezes, limitativas do desenvolvimento de uma prática cuidativa, as situações do quotidiano constituem momentos de referência para os estudantes, pelas interações que a elas estão associadas.

Evidencia-se portanto a ideia de que as competências profissionais constituem o pano de fundo da formação inicial, e que o seu carácter complexo não dispensa os contextos, quer pela especificidade das situações reais de trabalho aí encontradas, quer pelas relações possíveis entre os vários atores envolvidos no processo de formação. É neste espaço que os sujeitos vão desenvolvendo processos de socialização e de construção identitária ao longo do tempo (Henriques, 2002; Serra, 2011). Neste percurso, não podem ser esquecidos aspetos que vão determinar as suas trajetórias: a sua história biográfica, o impacto do curso, as características da formação e os contextos onde decorre, as relações estabelecidas com os seus pares, com os docentes e com os profissionais, a forma como se adaptam às organizações e como vivenciam o trabalho pedagógico desenvolvido (Serra, 2011).

Na formação, a perceção que o sujeito tem de si, dos outros e das circunstâncias, determinam o significado que atribui às experiências, e estão intimamente relacionadas com o desenvolvimento de competências (Abreu, 2007).

É através da formação que o grupo procura e adquire características próprias que constituem um modelo profissional, desenvolve competências e dá resposta a necessidades sociais tornando-se, desta forma, socialmente reconhecido.

As características dos contextos de trabalho são determinantes no desenvolvimento de competências profissionais. Neste processo entrecruzam-se fatores internos e externos, durante o qual o sujeito toma parte ativa na mobilização de conhecimentos e adequação de respostas (Garrido & Simões, 2007). A experiência assume aqui um lugar de destaque no desenvolvimento de competências, uma vez que através dela, a qualificação é globalmente desenvolvida em favor de novas capacidades profissionais. A este propósito, Schön (1992)

refere que de acordo com a epistemologia do currículo profissional normativo, os estudantes possuem sempre muita dificuldade em mobilizar os conhecimentos adquiridos durante a formação e para o fazer, habitualmente sentem necessidade de utilizar outros conhecimentos, diferentes dos saberes escolares.

Bevis & Watson (1989; 2005) defendem que a desvalorização dada às competências socio-afetivas se deve ao facto de as mesmas não poderem ser ensinadas de forma mecânica ou linear, nem sequer poderem ser transmitidas verbalmente pelo professor em ambiente académico, uma vez que exigem uma representação da elaboração profissional e um contributo da realidade prática. Para a escola promover o desenvolvimento de competências, tem que privilegiar em simultâneo os diferentes domínios do saber. Estes poderão favorecer mais ou menos o desenvolvimento de “competências” em função do tipo de currículo dominante. Se a escola prepara o estudante no sentido da profundidade (currículo de coleção), as “competências” relacionais/socio-afetivas poderão ser menosprezadas e o futuro profissional terá limitada a sua atuação.

Segundo Dias (2006) as competências socio-afetivas estão diretamente relacionadas com os valores, necessidades, capacidade de relação, capacidade de adaptação, atitudes,... Para esta autora, mais importante que o desenvolvimento do domínio científico-técnico é o desenvolvimento integral das competências profissionais.

A escola deve ser o local de expansão da personalidade e da socialização. Assim, as competências socio-afetivas devem ser articuladas no sentido de promover a aprendizagem e ganhar terreno sobre os “conhecimentos” adquiridos (Bevis & Watson, 1989; 2005). No entanto, será que todos os professores pensam no desenvolvimento das competências socio-afetivas, ao preparar os seus programas de formação? A que estratégias recorrem para as transmitir? Como avaliam se estes objetivos foram alcançados?

Embora sendo preocupação dos programas educativos, a interiorização do domínio afetivo, está longe de ser conseguida. Dias (2006), Bevis & Watson (1989; 2005) entre outros, preocupadas com o desenvolvimento deste domínio, dizem temer que o cognitivo exerça efeito negativo sobre o afetivo, através da sua sobreposição. Boykin (1994) refere que a relação pedagógica, no espaço escolar, poderá ser condicionante para o desenvolvimento de competências. A autora referenciada defende que se a componente

cuidativa fazer parte integrante do currículo, e se estiver implícita na atuação de todos os formadores e formandos, então tornar-se-á intrínseca à própria disciplina.

Se na enfermagem é importante a relação, então essa competência muito mais do que ensinada, deve ser vivenciada. A escola deve atender à componente humana (Johnson et al, 2012), na qual o formando tem um papel ativo na sua própria formação (Bevis & Watson, 1989; 2005). A formação deve ser caracterizada pela participação. A participação mais do que partilhar decisões e opiniões deverá também ser caracterizada pela cooperação e diálogo (ibidem). Com base neste tipo de ensino, os estudantes aprendem a conceptualizar, desenvolvem o pensamento crítico e valorizam realmente a Pessoa Humana. Quando os estudantes são respeitados como Pessoas tornam-se encorajados à descoberta das suas potencialidades e sentem-se livres de promover e transformar as suas vidas (Boykin, 1994).

Bevis & Watson (1989; 2005), defensoras do currículo integrador, acusam o ensino de ser pouco cuidativo. O modelo oficial de enfermagem, de acordo com estas autoras, tem-se baseado no “controle e conformidade da mente humana e do espírito”. Consiste numa ideologia dualista porque tende a separar o emocional do racional. A proposta de formação, apresentada pelas autoras referenciadas, assenta numa aprendizagem “antecipatória e inovadora”, isto significa que, entre formador e formando, deve existir comunicação aberta. Consideram que existe uma comunicação aberta quando o formando sente que há espaço para se expressar. Só através do saber ouvir o estudante, se promove o saber ouvir o utente.

Formar para a Competência ou para a Qualificação?

A noção de competência há muito que faz parte da linguagem corrente, no entanto, a sua utilização nem sempre tem sido provida de rigor. Este conceito surgiu por oposição ao conceito de qualificação. “*A qualificação era a parte da profissão exigida pela organização do trabalho ainda muito marcada pela conceção tayloriana*” (Le Boterf, 2005: 9).

Nos anos 70, a definição de competência, começou a surgir no seio dos debates dos parceiros sociais. A propagação deste conceito ocorreu de forma lenta e teve como causa, o questionar da organização de trabalho altamente racionalizado e parcializado do modelo taylorista nascido na era industrial.

Na década de 80, a elevada competitividade e a necessidade de uma boa gestão de capital humano, questiona seriamente as tradicionais "qualificações" ligadas exclusivamente a aspetos cognitivos e são-lhe incorporados aspetos relacionados com a vertente humana. O que aconteceu, efetivamente, foi uma evolução em termos de conceitos. "Ser competente" numa situação de trabalho em 2000 já não significa a mesma coisa que ser competente em 1950 ou 1970. As organizações sempre se preocuparam com "competências", mas a noção de competência, tem vindo a mudar ao longo dos tempos.

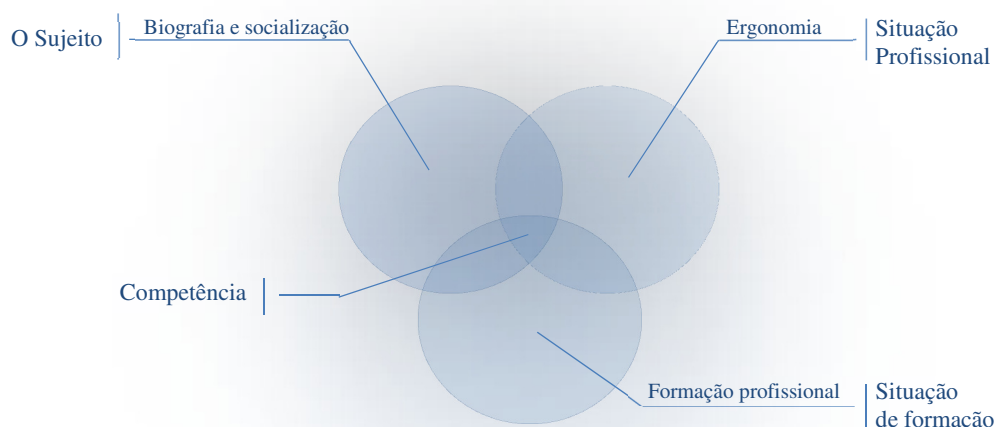
À ideia de um "conhecimento possuído", único e próprio – saber – é introduzido um conceito de saber-fazer cognitivo (Le Boterf, 1995; 2003). Segundo esta nova perspetiva, possuir conhecimentos, não significa ser competente. É fundamental saber gerir e aplicar esses conhecimentos no momento oportuno. Baseando-se num conhecimento pré-existente, a competência, é desenvolvida através da ação (reflexiva). Assim o contexto de trabalho (cultura institucional, relação com o trabalho, o tempo de ação,...) faz desenvolver as competências. Estas vão-se transformando ao longo do tempo, através da nossa experiência de vida, e mais especificamente através da nossa história pessoal e profissional. Ela está em constante (re)estruturação e (re)organização.

Competência significa ir para além do prescrito. Questiona a noção de trabalho em execução. Exige ao profissional que seja capaz de fazer face às eventualidades e aos acontecimentos. A iniciativa, a responsabilidade e o investimento pessoal, são constantes no atual conceito. Não basta possuir um conjunto de competências, é fundamental fazê-las evoluir.

À luz destes conceitos, a organização tayloriana do trabalho é questionada. Hoje em dia, já não é desejável, profissionais modelados, efetuando tarefas parcelares e repetitivas, mas antes, pessoas capazes de tomar iniciativas e decisões. Pessoas capazes de cooperar eficazmente em projetos, contribuindo para a inovação e elaboração de novos serviços. Pessoas que envolvam a sua subjetividade nas tomadas de decisão, pondo sobretudo a tónica nos resultados a atingir, assim como, nos procedimentos para lá chegar. Assim, o conceito de competência deixou de ser meramente a técnica. *“Ela torna-se pluridimensional, integrando exigências de qualidade, de reatividade, de relação”* (Le Boterf, 2005: 12). *“Ser competente é cada vez mais ser capaz de gerir situações complexas e instáveis”* (Le Boterf, 2005: 18).

Embora reconhecendo que a competência profissional se desenvolve através das práticas, Le Boterf (1995) acrescenta, como se pode verificar através da figura 1, que ela se situa na encruzilha de três domínios.

FIGURA 1 — O Ponto de Encontro das Competências.



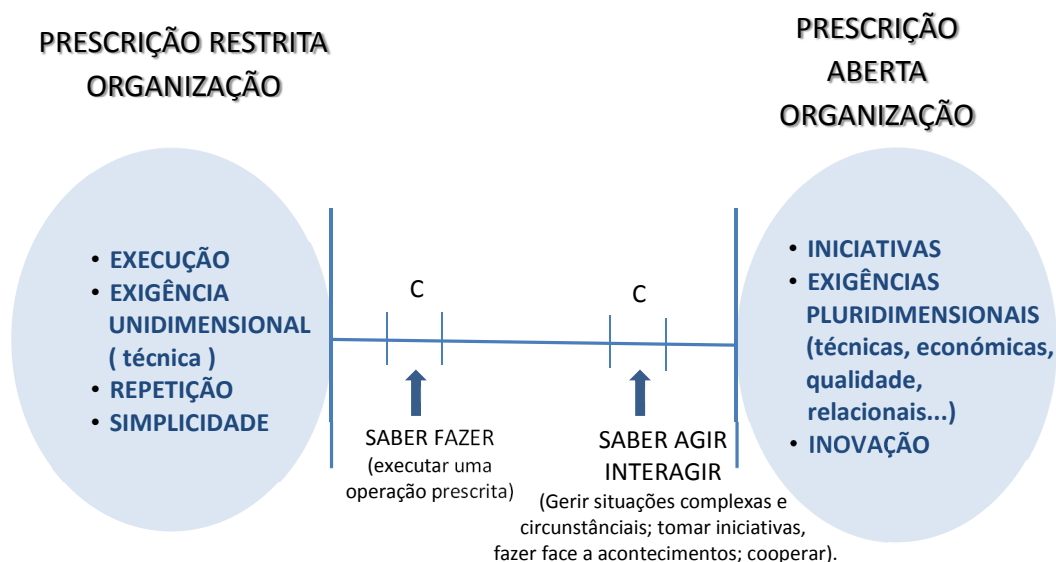
Fonte: Le Boterf (1995 : 17)

Segundo o referido autor ser competente não consiste apenas em ser capaz de aplicar os recursos especificados na figura, mas mais do que isso, é necessário mobilizar esses mesmos recursos. *"La competence est de l'ordre du «savoir mobiliser»"* (Le Boterf, 1995: 17). Para além de uma simples aplicação das faculdades cognitivas, relacionais, entre outras, a competência pressupõe a (re)construção desses diferentes elementos. *"Le concept de competence designe une realite dynamique, un processus, davantage qu'un état"* (Le Boterf, 1995: 18).

Refere o mesmo autor que a definição de competência pode variar segundo as organizações e as situações de trabalho (Le Boterf, 2005). Assim sendo, não existe uma única definição pertinente. Como se pode verificar na figura 2 a competência evolui em função de dois pólos: o pólo das situações de trabalho, onde predomina a repetição, a execução rotineira de atos, e o pólo das situações que tem como origem o confronto, a inovação, a complexidade, a iniciativa. Quando o cursor da competência se encontra próximo da execução de atos previstos, ela define-se em termos de saber-fazer. Tal facto corresponde perfeitamente às organizações taylorianas do trabalho e o saber pode ser

considerado como um grau elementar da competência. Por sua vez, quando situado próximo da “prescrição aberta”, a competência define-se em termos de saber agir e reagir. Assim, ser competente é “saber o que fazer” e “quando”.

FIGURA 2 - O Cursor da Competência



Fonte: Le Boterf (2005: 31)

Uma pessoa para ser reconhecida como competente, deve ser capaz de realizar bem uma ação, de compreender o porquê, e de como agir. Não basta “saber-fazer” para identificar uma competência. Ser competente é agir com autonomia, ser capaz de auto-regular as suas ações, e de saber contar, não só, com os seus próprios meios, mas procurar recursos complementares. Implica estar preparado para transferir, ou seja, reintegrar as suas competências noutra contexto.

A competência pode ainda ser posicionada em relação a dois eixos complementares: o eixo da atividade e o eixo da distanciação (Le Boterf, 2005). O eixo da atividade é a ação contextualizada, definida pelas competências e recursos de uma situação real de trabalho. Este eixo apoia-se na ação vivida e na inteligência prática, é o eixo da ação “automática”, não refletida. Sobre este eixo pode ocorrer e desenvolver-se a formação no local de trabalho e a aprendizagem por imitação. O sujeito aprende por repetição, de reprodução do

idêntico. Não pode haver competências sem se “saber-fazer” ou “saber-agir”. É em torno deste eixo, que se constroem as combinações de “recursos” (conhecimentos, saber-fazer, ...) e as estratégias que permitem agir com competência. O eixo da distanciação corresponde à metacognição, ou seja, à reflexão efetuada pelo sujeito sobre as combinações de “recurso” e estratégias de ação que põe em prática. A distanciação implica um desvio entre si e a atividade, o sujeito deixa de estar submerso no problema, posicionando-se face ao mesmo. É o eixo da conceptualização da ação. Este ato é fundamental para que o sujeito possa reinvestir sob esquemas de ação em contextos variados. É, graças à conceptualização, que o sujeito chega a uma maior inteligibilidade das situações.

A atividade da metacognição é uma forma de criar distanciamento, não somente cognitivo, mas também afetivo. O exercício de metacognição desenvolve a capacidade do sujeito conduzir ele próprio as suas aprendizagens. Desligando-se das aprendizagens que vivenciou, ele adquire autonomia, uma maior facilidade de auto-regular as suas atividades. Mais facilmente encontra ajuda, para realizar os seus projetos, tomando consciência dos seus recursos adquiridos. Este distanciamento facilita a motivação de aprender, na medida em que permite uma tomada de consciência sobre como controlar a ação. A atividade de metacognição é fundamental no desenvolvimento da faculdade de efetuar transferências de aprendizagem.

Le Boterf (2005) defende assim que, para ajudar uma pessoa a desenvolver as suas capacidades, é necessário ter em conta estes dois eixos, e acrescenta que, considerar apenas um deles, pode resultar em desvios.

A competência estando em constante evolução, consiste na capacidade de integrar todo um saber diverso e heterogêneo que tenderá a ser exteriorizado pela forma como se executam as atividades. Uma pessoa competente será aquela que é capaz de mobilizar eficazmente as diferentes funções do sistema de intervenção, tais como: conhecimentos, capacidade de memorização, capacidade de avaliação, capacidade de relação, capacidade de inovar,... Competência e motivação tornam-se então inseparáveis e pressupõem uma boa integração dos diferentes saberes.

Pires (1994; 2002), ao analisar as relações que se estabelecem no sistema educativo e nas estruturas socioprofissionais, acusa estas instituições de não favorecerem o

desenvolvimento de competências aos seus atores. Segundo a autora, esta incapacidade está relacionada com o facto de as mesmas continuarem a fazer apelo ao aumento da qualificação, em desfavor do desenvolvimento das competências. Diz continuar a ser valorizada a formação reprodutora e especializada. A este propósito, Le Boterf (2003), refere que a competência só será desenvolvida através de uma boa formação inicial de base, a qual deve ser acompanhada de uma formação contínua. Só assim, as competências poderão ser interiorizadas e evoluírem no sentido de acompanhar as mutações profissionais.

É portanto notória, a necessidade de uma formação de base sólida e abrangente, com a tónica na extensão ao invés da profundidade, a qual, deverá ser reformulada ao longo de toda a vida do indivíduo.

Estando a formação para a competência, diretamente relacionada com o currículo em extensão e, a formação para a qualificação com o currículo em profundidade, na primeira – a competência – estão englobadas três dimensões: uma dimensão técnica (ligada ao conhecimento e experiência), uma dimensão política (relacionada com o direito de julgar e decidir) e por último uma dimensão social (dado que cada Pessoa tem necessidade de ser reconhecido como competente). Assim, podemos também afirmar que a atribuição de competências define o território de responsabilidade onde cada profissional poderá intervir. Ser competente, implica ter autonomia profissional, poder e ser capaz de tomar iniciativas, ter liberdade e coragem de assumir responsabilidades, estar apto e ter vontade de tomar decisões,... *"Être compétent, c'est «avoir autorité pour ...» et les moyens de l'exercer"* (Le Boterf, 1995: 28).

A competência, bem como, a responsabilidade, estão diretamente relacionadas com a cultura profissional, com o facto de essa profissão possuir conhecimentos e com a capacidade de mobilização dos mesmos. *"Certaines cultures d' entreprise favorisent la competence, d'autres la freinent ou même la détruisent"* (Le Boterf, 1995: 40).

A competência profissional emerge da conjugação do saber agir com pertinência, saber mobilizar saberes e conhecimentos, saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogéneos, saber transpor, saber aprender, aprender a aprender, e saber envolver-se num contexto profissional (Le Boterf, 2003).

1.3 – PERFIL DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

Phaneuf definiu competência em enfermagem como

“um conjunto integrado de conhecimentos, de adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspeto específico dos cuidados de enfermagem que, quando mobilizado em situação concreta de vida real permite à enfermeira fazer apelo às suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos socio-afetivos adequados” (Phaneuf, 2003: 177).

Por sua vez, Dias considera que perfil de um enfermeiro *“pode ser conceptualizado como um conjunto de características, traços de personalidade, capacidades, habilidades, destrezas e conhecimentos, avaliados em situação de teste ou no desempenho das atividades específicas indispensáveis ao cumprimento da missão profissional”* (2006: 55). A mesma autora defende ainda, que um perfil de competências pode ser descrito como um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e de saber-ser, adquiridos ao longo da vida e em contexto profissional, associando ainda, um conjunto de características genéricas pessoais, transversais, que podem mobilizar todas as outras competências.

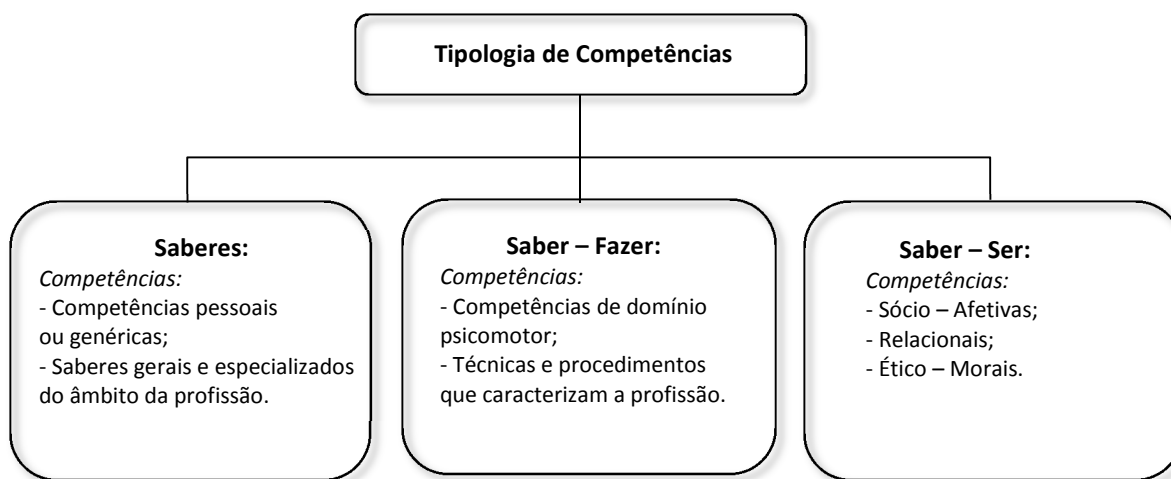
Com base na revisão da literatura por nós efetuada, verificamos que os conceitos sobre competências pessoais ou genéricas geram, com relativa frequência, alguma confusão. Bellier (1998), referenciado por Dias (2006), após um estudo aprofundado sobre esta temática, refere que este grupo de competências inclui várias designações, tais como: competências gerais, globais, pessoais, genéricas, chave, soft-skills ou de terceira dimensão. De acordo com vários autores consultados este grupo de competências está na base de todo o processo de construção e de afirmação de saberes teóricos, práticos e dos modos de ser e de estar (Dias, 2006; Pires, 1994; 2002; Le Boterf, 1995; 2005; entre outros).

Dias (2006), no seu estudo sobre o “Perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado”, considera que os modelos de formação têm que privilegiar, para além das competências anteriormente referidas, os seguintes domínios: i - *saber* - de ordem intelectual, que faz apelo ao raciocínio; ii- *saber-fazer* - que faz apelo às qualidades de

execução; iii – *saber-ser* – que faz apelo às qualidades interpessoais de relacionamento humano e dos valores que norteiam as pessoas e as suas intervenções.

A referida autora, apresenta-nos o desenho de uma tipologia de competências que aponta para os *saberes*, os *saberes-fazer* e o *saber-ser* ou *estar* na profissão. Nesta tipologia, representada na figura 3, inclui os saberes teóricos, recursos cognitivos, práticos, sociais, relacionais, culturais e valores em que assenta a profissão, sendo que estes saberes devem ser desenvolvidos ao longo de todo o processo formativo do estudante.

FIGURA 3 - Tipologia ou Modelo de Competências



Fonte: Dias (2006: 76)

Na tipologia apresentada por Dias (2006) os conhecimentos originam as competências teóricas, considerando estas últimas, como um conjunto de saberes adquiridos através da formação e das experiências. “As competências cognitivas resultam dos saberes combinados ou da conjugação dos diversos saberes, capacidade de coordenação das ações, procura de novas soluções e da capacidade para recriar e inovar” (Dias, 2006:76).

Os “saber-fazer” originam as competências técnicas ou práticas manifestadas através do saber executar ou reproduzir um conjunto de ações (Dias, 2006).

As competências sociais manifestam-se pela capacidade de trabalhar em grupo, contribuem para o progresso coletivo e para a qualidade dos relacionamentos interpessoais (ibidem).

Nesta linha de pensamento é apresentada a seguinte categorização: i - Competências Pessoais ou Genéricas; ii - Competências Científicas onde engloba os conhecimentos e os saberes do domínio cognitivo; iii - Competências técnicas ou do domínio psicomotor que resultam dos saberes-fazer; iv - Competências socio-afetivas, relacionais e ético-morais, incluindo-as no domínio do saber-ser em contexto de trabalho.

De seguida exploramos cada uma das categorias do modelo de Dias (2006):

Competências Pessoais ou Genéricas

Este grupo de competências enquadra o conjunto de aspetos pessoais tais como vivências pessoais, familiares e sociais, a partir das quais os sujeitos se desenvolvem, aprendem e educam. Trata-se de um conjunto de competências não especificamente técnicas, mas do foro pessoal do indivíduo. As competências genéricas são de significativa importância, na medida em que favorecem a potencialização de outras competências, são por isso consideradas de competências transversais.

Agrupando-se em torno de um conjunto de características pessoais, as mesmas, desenvolvem-se ao longo da vida do sujeito, quer pela via experiencial, quer através da formação. São competências mutáveis influenciadas pelos diferentes contextos.

Pires (1994; 2002) considera que as competências genéricas são características do indivíduo que acentuam o funcionamento eficaz durante a sua vida, determinando o seu comportamento.

As competências genéricas são de tal forma importantes que Dias (2006) considera-as como devendo ser determinantes na seleção profissional. Defendendo que este grupo de competências está intimamente ligado à noção de empregabilidade, manifesta um conjunto de conhecimentos acumulados ao longo do ciclo de vida.

A aquisição das competências pessoais ou genéricas está condicionada por todas as experiências de vida ocorridas em contextos informais, atividades de trabalho, formação e atividades ligadas à vida social e familiar, sendo as mesmas reconhecidas como transferíveis e consideradas como podendo ser utilizadas em diversas funções (Pires, 1994; 2002).

Estas competências determinam a forma como nos gerimos a nós próprios. Constituem uma listagem bastante ampla, sendo até certo ponto aplicáveis a todos os tipos de trabalho, embora requeiram outro tipo de competências associadas.

Apresentamos de seguida um quadro síntese elaborado por Dias (2006: 90) com as competências pessoais, genéricas, chave ou soft-skills apontadas por Pires (1994); Miltrani, Dalziel e Bernard (1994); Jordão (1997) e Levy-Leboyer (1987).

QUADRO 1 – Competências Pessoais / Genéricas (segundo alguns autores)

Pires (1994)	Miltrani, Dalziel e Bernard (1994)	Jordão (1997)	Levy-Leboyer (1987)
<ul style="list-style-type: none"> - Espírito de iniciativa - Perseverança - Criatividade - Sentido de organização - Espírito crítico - Autocontrolo - Atitude de liderança - Persuasão - Autoconfiança - Perceção e interperceção em relação aos outros - Flexibilidade - Adaptabilidade - Autonomia - Responsabilidade - Iniciativa - Abertura a novas ideias - Motivação - Capacidade de trabalho em grupo - Comunicação - Análise - Aprendizagem 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivação para o sucesso - Preocupação da ordem e qualidade - Iniciativa - Pesquisa de informação - Compreensão interpessoal - Orientação para serviço de clientes - Impacte de organização - Estabelecimento de relações - Desenvolvimento dos outros - Capacidade diretiva - Trabalho em equipa e cooperação - Direção de equipa - Raciocínio analítico - Aptidão para a conceptualização - Autocontrolo - Autoconfiança - Capacidade de adaptação - Adesão à organização 	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciativa - Autonomia - Eficácia - Precisão - Capacidade de resolver problemas - Método - Capacidade de adaptação - Produzir uma impressão positiva - Direção - Persuasão - Perceção e interpretação - Solicitude - Colaboração - Comunicação - Confiança em Si - Perseverança - Autodomínio - Responsabilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptabilidade - Ambição - Autonomia - Autoridade - Capacidade de concentração - Capacidade de enquadramento - Capacidade de síntese - Confiança em Si - Coordenação - Criatividade - Disciplina - Energia - Expressão oral - Identificação e análise dos problemas - Abertura de espírito - Persuasão - Racionalização e resolução de problemas - Sentido de negociação de problemas - Sensibilidade social - Sociabilidade - Tolerância

Fonte: Dias (2006: 90)

Competências Científicas

O conhecimento permite ao Ser Humano a sua sobrevivência. Supõe três elementos: i – o sujeito (a consciência); ii – o objeto (ou aquilo que o sujeito se propõe conhecer); iii – a sua imagem (o ponto de encontro entre o sujeito e o objeto) (Dias, 2006).

Os “saberes” são um conjunto de conhecimentos que a pessoa vai adquirindo ao longo da vida. Os conhecimentos teóricos funcionam como matriz de determinadas

linguagens científicas e técnicas. Como já referimos, Le Boterf (1995) descreve vários tipos de saberes: gerais, específicos, entre outros (nomeadamente os processuais, saber-fazer operatório, saber-fazer relacional e saber-fazer cognitivo).

Os saberes gerais são a base para o desenvolvimento de competências científicas, adquiridos através da educação formal, inicial e contínua. São saberes objetivados. São os conceitos, os saberes disciplinares e teóricos que cada pessoa possui independentemente dos contextos de trabalho. Estes saberes são um recurso importante para compreender e analisar uma situação.

Os saberes específicos são aqueles que são criados no contexto profissional. Correspondem a recursos incorporados pela pessoa e que lhe permite construir as competências através do agir profissional, são adquiridos pela experiência.

Para o desenvolvimento das competências científicas, concorrem todos os conhecimentos adquiridos através da formação e da experiência. No caso da enfermagem, os conhecimentos específicos são adquiridos através da formação teórica, teórico-prática, prática e ensino clínico.

Competências técnicas

As competências técnicas apoiam-se no “saber”, ou conjunto de conhecimentos, que caracterizam uma profissão, operacionalizando-se através da ação.

O saber-fazer transmite-se através da realização de tarefas: *“Os formadores ensinam os princípios de execução e os formandos executam uma construção e uma co-formação de saber-fazer”* (Dias, 2006: 114). A construção do “saber-fazer” exige o recurso de capacidades de escuta, diálogo, leitura, interpretação, compreensão e reconhecimento recíproco.

Le Boterf (1995) incorpora no saber-fazer três níveis de saberes: o saber processual, o saber-fazer processual e o saber-fazer experimental. Estes três tipos de saberes distinguem-se do saber teórico, por estarem necessariamente associados ao agir.

O saber processual visa indicar “como se deve fazer”, ou “como se faz”, permite criar regras para o agir: *“Le savoir procédural propose un parcours à suivre pour un sujet individuel ou collectif”* (Le Boterf, 1995: 85).

Conhecendo o percurso do agir, é necessário atuar, ou seja, se com o saber processual se indica o caminho, é através do saber-fazer processual que se inicia realmente a ação. Conhecer um procedimento ou um método não significa saber aplicá-lo, uma vez que *“La maîtrise d’une procédure suppose son apprentissage”* (Le Boterf, 1995: 87). Desta forma podemos concluir que, a passagem de um saber processual para um saber-fazer processual se faz através do treino.

Finalmente os saberes experimentais, tal como o próprio nome indica, provêm da experiência, ou seja, advêm eles mesmos da própria ação. É de fácil entendimento a noção que o ser humano aprende constantemente através das situações.

Os saberes-fazer são consolidados de quatro formas:

“através dos saber-fazer empírico, saber-fazer operacional estabilizado, saber-fazer pró-ativo e saber-fazer operacional único ou estratégico. São estes saberes-fazer que operacionalizam, nos contextos específicos, uma série de ferramentas tais como os métodos, técnicas específicas, experiências necessárias e adaptação a um tipo de atividade” (Dias, 2006: 115).

As competências técnicas permitem que as pessoas desenvolvam habilidades e competências de ação. Estas competências são consideradas como capacidades que permitem transformar os conhecimentos em ação face ao desempenho desejado. Elas podem ser classificadas em técnicas, humanas e conceituais.

As *habilidades técnicas* – consistem na capacidade de realizar tarefas específicas. Estas habilidades resultam do conhecimento ou da especialização obtida na formação ou da experiência. Envolvem o uso de determinados métodos, processos e procedimentos para a realização da tarefa.

As *habilidades humanas* – consistem na capacidade para trabalhar bem com as pessoas. Uma pessoa com habilidades humanas terá maior facilidade em compreender e criar empatia com os outros.

As *habilidades conceituais* – consistem nas capacidades para analisar e resolver problemas.

As competências observáveis na realização de uma tarefa constituem apenas uma pequena parte do seu conteúdo, no decurso da ação interferem vários fatores, tais como:

motivação, cultura, valores, atitudes, comportamentos, relação, organização do trabalho, clima organizacional, entre outros. A figura 4 realça as interações referidas.

FIGURA 4 – Níveis de Ação



Fonte: Dias (2006: 130)

Vários autores referenciados por Dias (2006), entre os quais Pospel (1993), Valles (1997), Guinet (1998), defendem que as competências técnicas, para além dos conhecimentos científicos inerentes à profissão, englobam também os comportamentos psicomotores, as atitudes, a curiosidade, abertura de espírito e a capacidade de aprender a aprender.

O desenvolvimento das competências técnicas visa treinar as habilidades e os “saber-fazer” profissionais. Nestas competências entram em jogo processos muito complexos, que incluem o desenvolvimento das potencialidades, habilidades, capacidades de destreza manual e a mobilização de saberes. Ou seja, a aquisição de competências técnicas passa pelo desenvolvimento das capacidades do domínio cognitivo, afetivo e psicomotor, inclui as motivações, interesses e a capacidade de aprender ao longo da vida.

Competências sócio-afetivas, relacionais e ético-morais

A noção de “saber-ser”, sendo recente, é ainda pouco clara e rigorosa. De acordo com a tipologia anteriormente apresentada, fazem parte da mesma as competências socio-afetivas, relacionais e ético-morais.

- *Competências Afetivas* – As relações afetivas são definidas “*como aquilo que une uma pessoa a outra, a si mesma e às coisas*” (Dias, 2006: 132). No desenvolvimento da afetividade as emoções desempenham um papel fundamental, porque fornecem um modelo de adaptação nas interações entre o indivíduo e o meio ambiente.

No domínio afetivo, as respostas emocionais incluem as interações e as competências de comunicação interpessoal. As competências emocionais têm grande influência ao nível dos comportamentos, atitudes, formas de lidar com as situações e desempenho profissional. Ao nível do desempenho, é importante lembrar que, as respostas emocionais que recaem sobre determinadas tarefas específicas denotam o envolvimento ou a intensidade emocional necessária por parte do executante. No caso de uma atividade complexa, intelectualmente exigente e sujeita a enormes pressões, podem surgir níveis de ansiedade que conduzam a algumas falhas no desempenho (Dias, 2006).

Em síntese, podemos referir que as competências afetivas favorecem o relacionamento do indivíduo consigo próprio, com os outros e com o meio. Englobam um conjunto de capacidades que permite à pessoa adaptar-se e compreender as situações,

“Inclui a expressividade, sentimentos de entusiasmo, zelo e confiança na consecução dos objetivos, capacidade de dedicação ao trabalho, tenacidade e persistência, raciocínio analítico, capacidades relacionais e de comunicação, auto-organização, autoconfiança, autocontrolo, autoeficácia, curiosidade, prazer em aprender, compreensão das emoções e dos sentimentos, capacidade de decisão, de partilha e cooperação” (Dias, 2006: 137).

- *Competências Sociais* – As competências sociais fornecem conexões com as competências afetivas e relacionais sendo que, na prática, se torna muito difícil de as separar. O seu conceito tem vindo a evoluir nos últimos anos.

Na base das competências sociais estão a empatia e a capacidade de estabelecer relações interpessoais. Em termos de desenvolvimento das competências sociais, torna-se fundamental desenvolver as seguintes capacidades: i - expressão dos sentimentos (positivos e negativos); ii – diálogo (iniciar, manter e terminar uma conversa); iii – abertura e partilha de experiências (Dias, 2006).

- *Competências Relacionais e de Comunicação Interpessoal* – As competências relacionais definem as capacidades para se saber comportar em determinado contexto

(Dias, 2006). De acordo com Le Boterf (1995; 2003), os saberes relacionais aparecem na literatura com designações diversas: competências comportamentais, competências de terceira dimensão, saber-ser, entre outras, carecendo de uma definição precisa. Acrescenta o referido autor que, em função do contexto, podem ser-lhe atribuídos diferentes sentidos, como: capacidades, atitudes, qualidades pessoais ou éticas, sentido de responsabilidade, imaginação, confiança em si, atitudes face à comunicação, iniciativa, abertura de espírito, entre outras. Neste sentido, Dias (2006) categorizou esta competência como “*o conjunto das capacidades que permitem uma cooperação eficaz com os outros, capacidade de escuta, negociação, trabalho em grupo e comunicação*” (2006: 147).

- *Competências Ético-Morais: Valores e Atitudes* – os “valores” e as “atitudes” desempenham um papel relevante no desenvolvimento do Ser Humano. Para Dias “*os valores traduzem as convicções fundamentais a propósito da conduta de ação, individual ou socialmente consideradas como desejáveis, adequadas ou boas*” (2006: 148). Como exemplo de valores, refere: o respeito, independência, liberdade, honestidade, igualdade, equidade, obediência, participação, amizade, segurança, fidelidade e confiança. Considera, que “*um valor é para uma pessoa, o que acima de tudo lhe importa, o que dá sentido à sua existência*” (2006: 148). Define atitude como “*a forma mental de ver o que o rodeia e de encarar o futuro. É a sua maneira de ver a vida. (...) o grau de sentimento positivo (gostar de, ser favorável a) ou negativo, associado a um objeto psicológico*” (2006: 149).

Tanto os valores, como as atitudes, exercem influência sobre a ética. A ética é um código de princípios e valores morais que regula o comportamento de uma pessoa. A ética profissional está estritamente relacionada com o “saber-agir”. A moral permite distinguir entre o “certo” e o “errado” tendo por base os costumes. As competências ético-morais resultam da capacidade de se valorizar a si próprio e aos outros. Esta capacidade estrutura-se precocemente na vida do indivíduo e influencia o desenvolvimento da sua personalidade e identidade pessoal.

A Reforma de Bolonha e a definição de perfis profissionais

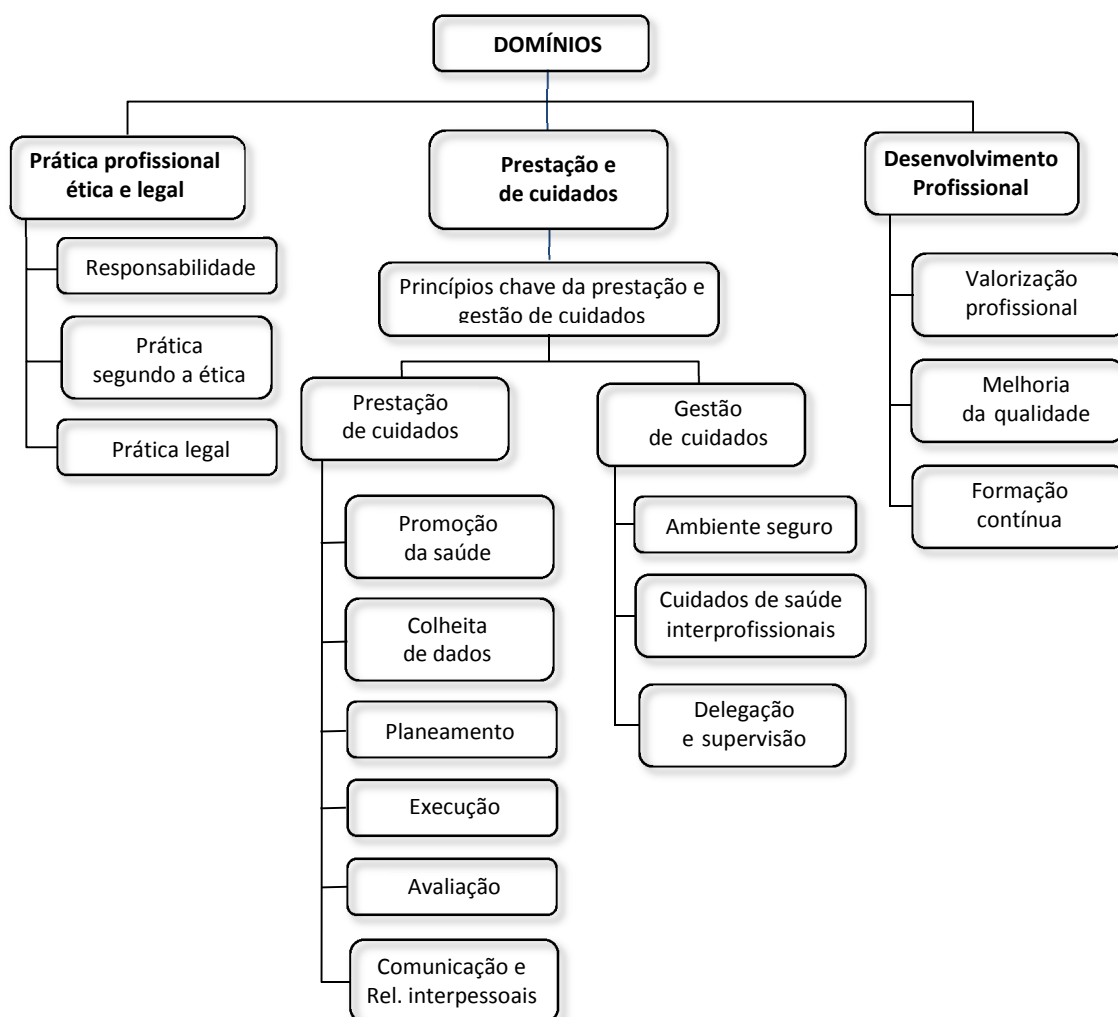
A Reforma do Ensino ao nível Europeu trouxe uma série de desafios que obrigou as Universidades Europeias a repensar o sistema de formação. Na sequência destas reflexões,

emerge a importância de construção de perfis profissionais, através da identificação de uma lista de competências que os estudantes devem desenvolver para desempenhar uma profissão. Deste modo a Ordem dos Enfermeiros e as Escolas de Enfermagem, sentiram necessidade de efetuar um conjunto de reflexões no sentido de traçarem um rumo para a profissão.

Em Janeiro de 2003 a Comissão de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros e os membros do Conselho de Enfermagem, reuniram com o objetivo de debaterem a importância da definição das competências para o enfermeiro de cuidados gerais. O documento foi elaborado baseando-se no *International Council of Nurse Framework of Competencies for the Generalist Nurses*, adaptando-o à realidade Portuguesa.

O Conselho de Enfermagem definiu a competência do enfermeiro de cuidados gerais como “*um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (OE, 2004: 16).

As competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), num total de 96, surgem, como podemos observar no organograma 1 em três grandes domínios de intervenção e são transversais à profissão: i - Prática profissional, ética e legal; ii - Prestação e gestão de cuidados; iii - Desenvolvimento profissional.



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2004: 12-13)

Tendo em vista o processo de certificação, a apresentação das 96 competências publicadas e amplamente divulgadas em 2004 pela OE, foi sujeita a uma reorganização em 2012. Neste processo de reestruturação, mantém-se os “domínios de competências” anteriormente apresentados, “os quais agregam um conjunto de competências com linha condutora semelhante” (OE, 2012: 8).

Cada competência atualmente apresentada, num total de 12, possui uma “*«norma ou descritivo de competência»* sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever

os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhados e aplicados em distintas situações de trabalho” (OE, 2012: 8).

Integram ainda estas competências, um conjunto de «critérios» que “*devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente*” (OE, 2012: 8). Este conjunto de critérios corresponde às 96 competências defendidas pela OE em 2004.

O organograma 2 apresenta a relação entre os três domínios e as 12 atuais competências.

ORGANOGRAMA 2 – Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais segundo o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – 2012



Fonte: Adaptado da Ordem dos Enfermeiros (2012)

2 – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO

O conceito de supervisão surgiu pela primeira vez em Portugal na década de 80, no âmbito da formação de professores, através de Alarcão e Tavares, como alternativa à orientação da prática pedagógica. Para os referidos autores, a supervisão consiste num *“processo em que o professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”* (Alarcão & Tavares, 2003: 16).

Foi, no entanto, a partir da década de 90 que a enfermagem valorizou os contributos na supervisão clínica em termos do desenvolvimento ao nível do processo ensino/aprendizagem, bem como a segurança dos doentes e a qualidade dos cuidados prestados. Ao nível da formação, o termo supervisão clínica começa a surgir em alternativa ao de orientação de ensino clínico.

Esta nova terminologia privilegia a crença de que nos contextos de saúde intervêm inúmeras variáveis que vão desde os locais aos atores envolvidos nos processos, facto que exige um “saber-agir” profissional, resultado de uma mobilização de saberes profissionais numa construção e reconstrução do “saber” e do “ser”, pela prática reflexiva.

2.1 – FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO

Uma análise através da história da enfermagem permite-nos concluir que a formação dos enfermeiros sempre valorizou a componente prática. O curso de enfermagem esteve sempre organizado em torno de duas componentes relevantes que se desenvolvem em contextos de aprendizagem muito diferenciados: uma componente teórica, desenvolvida em ambiente escolar, e uma componente prática, realizada em contexto de trabalho.

A componente teórica centra-se num conjunto de disciplinas que visa a aquisição e desenvolvimento do conhecimento científico-técnico, bem como um conjunto de capacidades, atitudes e valores que enquadram o saber necessário ao desempenho profissional. Por sua vez, a componente prática proporciona, através do contacto com o mundo real do trabalho, um conjunto de experiências e vivências, que permite a aquisição

e o desenvolvimento de competências que não são passíveis de serem desenvolvidas em sala de aula (Abreu, 2007; Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Em contexto clínico, o estudante articulando os conhecimentos adquiridos em ambiente escolar, desenvolve competências necessárias para planejar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos pelo indivíduo, grupo e/ou comunidade (Fernandes, 2010). A formação em contexto da prática, que surge como complemento ao ensino em sala de aula, permite ao estudante, através do confronto com as situações reais, desenvolver competências que só ali poderão ser aprendidas.

“A aprendizagem em contexto clínico pressupõe sempre uma atividade cognitiva, mediada por fatores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica. O processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova e redefinição da estrutura de conhecimentos preexistente, processo que parece depender da forma como o novo conhecimento for percebido como significativo. O processo compreende motivação, orientação, integração e ação. O aluno aprende quando integra a informação e desenvolve uma ação, num contexto de avaliação e controlo, processos que podem ser auto ou hétero-dirigidos” (Abreu, 2007: 133).

De acordo com Silva & Silva (2004) o contacto direto com o contexto da prática torna-se relevante para o desenvolvimento de competências necessárias para o exercício profissional. Através do contacto direto com os utentes, os estudantes mobilizam os conhecimentos, pelo que os autores consideram que é nos ensinamentos clínicos que os estudantes melhor podem aprender a mobilizar e transferir conceitos abstratos para situações específicas e reais.

Abreu, (2003a, 2007) partilhando da mesma opinião, defende que o contexto clínico permite a integração da teoria e prática, faculta o desenvolvimento de competências clínicas, cria disposições para a investigação, socialização e formação da identidade profissional, através de experiências socio-clínicas e identificação de modelos profissionais. É o espaço de integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais,

“facilita o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa ótica de transição para o primeiro emprego; permite equacionar as diversas dimensões e

contornos dos problemas de saúde, com recurso ao pensamento reflexivo; faculta aos estudantes as bases para a definição de uma «consciência de si» e «definição de si» como futuro profissional” (Abreu, 2003a: 13/14).

Este espaço formativo tem como finalidade desenvolver nos estudantes de enfermagem competências que lhes permita Cuidar de pessoas ao longo do seu ciclo de vida, de forma contextualizada e individualizada (Fonseca, 2006; Simões, 2008; Simões, Alarcão & Costa, 2008). Deve ser entendido como um espaço social complexo, cheio de incertezas e imprevisibilidades. A especificidade e complexidade destes contextos torna-os em espaços únicos e privilegiados ao nível da formação dos estudantes. É nesta complexidade e imprevisibilidade que os estudantes têm de mobilizar os conhecimentos adquiridos em sala de aula, permitindo assim a integração da teoria na prática, o desenvolvimento de competências, a socialização e o desenvolvimento de uma identidade profissional.

Silva & Silva (2004) defendem que, intrínseco ao processo de socialização, o contexto clínico permite o desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente o trabalho em equipa, o desenvolvimento de relações interpessoais e da comunicação. Por sua vez, Benner (2005) considera que atendendo à complexidade do contexto da prática, é fundamental proporcionar ao estudante um ambiente de segurança, não só ao nível de estratégias formativas, como também de suporte emocional.

A par de toda esta complexidade, cada espaço clínico possui uma cultura própria, bem como, um conjunto de características que os individualiza e os torna ímpares (Simões, 2008). Dias (2010), Abreu (2007), entre outros, referem-se a estes espaços como «laboratórios reais de aprendizagem que possuem informação que não se consegue ler nos livros», pelo que, devem ser dotados de uma equipa de profissionais atualizados e interessados no processo ensino/aprendizagem que se tornem agentes facilitadores do processo formativo e da integração nas dinâmicas e culturas próprias de cada instituição/serviço, e na criação de um clima afetivo promotor dessa mesma integração. Consideram que, para o sucesso do processo formativo, é necessário sensibilizar os intervenientes dos diferentes contextos para a necessidade da complementaridade de papéis e da articulação entre os dois contextos: escola e espaço clínico.

O ensino clínico deve articular-se com a componente teórica de forma direta e complementar, podendo no entanto, de acordo com o modelo curricular predominante, surgir imediatamente após ter acontecido a unidade curricular teórica correspondente ou encontrar-se articulado com os vários ensinos clínicos do plano de estudos (currículo de alternância ou currículo por dois blocos).

Vários autores, entre os quais Cabrito (1994), Fonseca (2006) e Pinto (2011) realçam a importância e relevância da aprendizagem clínica ser distribuída ao longo do curso, numa lógica de formação alternada, por considerarem que permite uma construção de saberes em enfermagem e uma socialização, progressiva e antecipada, na profissão e mundo do trabalho.

Os autores supra referidos, consideram os ensinos clínicos como fonte de produção, formalização e transformação de saberes (teóricos, relacionais, contextuais, formais e informais). Nesta linha de pensamento, encontramos Abreu ao considerar a prática como um “(...) *saber oculto no agir profissional que só a prática permite formalizar*” (2001: 140).

Abreu (2003a, 2007), Fonseca (2006), Rua (2009), entre outros, consideram que independentemente do plano de estudos adotado, a formação em contexto real é sempre um momento único, onde os estudantes colocam em prática os conhecimentos adquiridos. A formação em contexto da prática clínica é um momento de aprendizagem que permite ao estudante ir-se libertando da tutela da escola, construir a sua própria profissionalidade, e definir o seu espaço de atuação com vista à conquista da sua autonomia (Reis 1996; Pinto, 2011; Rua, 2009). O ensino clínico apresenta um cariz teórico-prático que permite ao estudante iniciar o processo de socialização e criar desde muito cedo a sua identidade profissional, além de proporcionar a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, um saber contextualizado (Araujo, 2012).

Ensinar em contexto clínico implica ser capaz de desenvolver no estudante a capacidade de estabelecer a relação entre a teoria e a prática. Os estudantes não se podem limitar a aplicar os conhecimentos teóricos na sua prática clínica, mas, acima de tudo, terão de analisar as formas como os conhecimentos teóricos podem trazer contributos para a aprendizagem nos contextos da prática. Os estudantes devem aprender a mobilizar os conhecimentos que adquiriram em contexto teórico (Pinto, 2011). Isto significa que, o

ensino clínico vai muito para além da aplicação da teoria na prática, na medida em que, continuamente, é solicitada ao estudante a reflexão e a reformulação das suas práticas.

Alarcão (1996) e Fonseca (2006) apoiadas no pensamento de Schön defendem que a formação em contexto clínico tendo por objetivo a iniciação à profissão, destina-se a preparar o futuro profissional para enfrentar situações de trabalho, por vezes complexas, previsíveis ou imprevisíveis, em constante mudança, inseridas em determinados espaços. O ensino em contexto clínico exige ao estudante o ser capaz de tomar decisões adequadas, ou seja, que adquira o agir profissional (Le Boterf, 1995; 2003).

De acordo com Carvalhal é “ (...) *no ensino clínico que o estudante começa a compreender o porquê de determinados conhecimentos teóricos pela experiência que vai adquirindo. A realidade dos cuidados começa realmente a ser interiorizada a partir da realidade que ele observa nos serviços*” (2003: 25).

Através da prática clínica os estudantes aprendem a refletir na ação e percebem que a simples aplicação da regra é insuficiente. Desenvolvem novos raciocínios, novas maneiras de pensar, de agir e de equacionar problemas. Constroem “*os seus esquemas de conhecimento e de ação de forma personalizada. Será uma estratégia formativa, construtiva, flexível e pessoal*” (Carvalhal, 2003: 30).

Os ensinamentos clínicos assumem, por isso, grande importância na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Fonseca, 2006). A este propósito, a autora atrás referida, defende que a aprendizagem ocorre através da interação entre o indivíduo e o contexto, o que faz aprender e compreender através da experiência, resultando em conhecimento previamente adquirido. Acrescenta que a aprendizagem não resulta apenas da reflexão da ação, mas também, das emoções e sentimentos vivenciados e experiências de vida de cada um.

A formação através da prática clínica permite ao estudante desenvolver uma visão real sobre o futuro profissional. Só quando se está perante uma situação real é que se é capaz de a descrever, compreender, de a apreender, porque se consegue perceber todos os seus contornos e pormenores. O espaço clínico pode, assim, fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional através da reflexão (Pinto, 2011).

Também para Fonseca (2006), apoiada em Alarcão (1996), a reflexão é um processo fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional partindo da experiência e

saberes anteriores. A supra referida autora defende que o desenvolvimento pessoal e saber profissional resultam da reflexão na ação, da reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão na ação:

“Por reflexão na ação entende-se um diálogo constante com a situação, no decurso da ação, onde esta é formulada e reformulada enquanto a realizamos. Reflexão sobre a ação acontece posteriormente onde, de forma retrospectiva, se faz a análise da situação à luz de diferentes perspetivas. Reflexão sobre a reflexão na ação é geradora de formulação de ações futuras, de construção do conhecimento pela desconstrução e reconstrução, da compreensão do que fazer e porque fazer, ou seja, o processo que leva o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer” (Fonseca, 2006: 18).

Os ensinamentos clínicos permitem ao estudante, a integração do conhecimento da pessoa, da doença, do doente, de acordo com uma perspetiva ética e deontológica, favorecendo ainda o conhecimento de si próprio e da sua atuação profissional. Nesta linha de pensamento posiciona-se ainda Fonseca ao defender que, o ensino clínico tem por função preparar o estudante para ser enfermeiro «um profissional do humano», que possui e desenvolve competências e a responsabilidade de *“desempenhar funções com e para o outro ser humano, um humano que «cuida» outro humano, tendo, por isso, que ser capaz de lidar com a singularidade de cada um, com a imprevisibilidade do dia-a-dia de cada momento e situação”* (Fonseca, 2006: 36/37).

A formação em contexto clínico é um processo complexo que exige aos supervisores competências pedagógicas, competências de enfermagem e competências pessoais. Neste sentido, Queirós, Silva & Santos defendem que o ensino em contexto clínico *“deve constituir-se a partir de um perito em didática, uma pessoa capaz de criar um clima propício à aprendizagem, de criar uma estrutura de diálogo permanente com os estudantes”* (2000: 90).

Relação supervisor/supervisado

Temos vindo a defender que a formação através da prática clínica tem como objetivo a iniciação de uma profissão fundamentada nas teorias da ação, não devendo ser

confundida com aprendizagem por imitação ou repetição. Deve desenvolver no estudante competências que o tornem capaz de agir em contextos instáveis que exijam reflexão, numa perspetiva de não intervir rotineiramente, promovendo a capacidade de resposta quando confrontado com novas situações, caracterizando-se por um “saber-fazer” fundamentado, inteligente, dinâmico e criativo.

Estamos conscientes que esta vertente formativa é muitas vezes encarada como uma vivência marcante para os estudantes (Carvalho, 2003; Reis, 2006), na medida em que lidam diretamente com pessoas em sofrimento e muitas vezes com situações de morte. Este facto faz do ensino clínico um momento difícil para todos os intervenientes. Torna-se por isso fundamental, na orientação dos estudantes no decurso da sua prática clínica criar espaços de partilha, discussão e análise, sobre o que vai acontecendo (Bevis & Watson 1989; 2005). A ausência de participação do estudante ao longo do processo de formação, nomeadamente em ensino clínico, reduz a iniciativa aos cuidados diretos e imediatos ao utente (Carvalho, 2003).

Na atualidade defende-se que os estudantes são indivíduos com um passado, o qual está diretamente relacionado com a sua história de vida, a forma como foram educados, a sua cultura, o seu ambiente social. Isto significa que, é necessário partirmos das suas experiências, favorecendo outras, de forma ativa, em toda a formação.

Apesar da socialização do estudante de enfermagem decorrer ao longo de todo o curso, é fundamentalmente através da prática clínica que a mesma se concretiza. É aqui que são expostos aos contextos, que interagem com outros profissionais de saúde e refletem sobre a contribuição da enfermagem, na prestação de cuidados aos utentes, e no sistema de saúde em geral.

Carvalho (2003), Bevis & Watson (1989; 2005) entre outros, defendem uma abordagem pedagógica em ensino clínico centrada no estudante. Afirmam que se assim for, os estudantes estarão mais motivados. Segundo esta perspetiva, a aprendizagem não pode ser determinada pelos conteúdos, mas pelos diferentes ritmos e interesses dos formandos.

Neste sentido, é também necessário ter em conta a maturidade identitária dos estudantes. Quando estes chegam ao curso encontram-se em diferentes estádios, uma vez que cada um possui diferentes experiências e vivências.

Os estudantes deverão ter um papel ativo e criativo, pelo que, não é suficiente ensinar apenas as técnicas e habilidades, mas sendo igualmente importante a valorização integral das competências. Torna-se assim necessário, que o supervisor aplique os princípios básicos de relação de ajuda, de forma a fortalecer as competências interpessoais que são necessárias para o desenvolvimento da relação terapêutica dos supervisados com os utentes.

Se é verdade que o ensino clínico é um espaço privilegiado ao nível da formação em enfermagem, a figura do supervisor clínico é também de reconhecida importância. Ao supervisor clínico cabem inúmeras funções, tais como: acompanhar, conduzir, determinar, facilitar e promover a aprendizagem do estudante.

Segundo Araújo (2012) o supervisor deve apresentar capacidades comunicativo-relacionais, observacionais-analíticas, hermenêutico-interpretativas e ainda avaliativas. Deve conseguir criar um clima de confiança e uma liderança democrática, onde a opinião do estudante é valorizada, assim como a sua autonomia e participação ativa.

Carvalho (2003) defende que a relação [supervisor]/estudante é influenciada pela representação social que ambos os atores do processo têm dos seus papéis. A representação do [supervisor] ideal para o estudante está ligada aos aspetos afetivos e relacionais, realçando a necessidade de uma relação compreensiva, embora os aspetos cognitivos tendam a ser valorizados com o evoluir da escolaridade. De acordo com a referida autora, o [supervisor] tende a dar prioridade aos valores ligados aos objetivos da organização e, consequentemente, à transmissão de conhecimentos.

Supervisionar, implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo, compreender o estudante nos seus diferentes estádios de desenvolvimento, as tarefas que tem de realizar e o clima afetivo onde o ato se desenrola (Alarcão & Tavares, 1987).

O supervisor tem que se fundamentar em conhecimentos teóricos que guiem a sua prática. Deve ter consciência de que não é um mero cumpridor de objetivos, nem tão pouco um simples transmissor de conteúdos, mas antes, alguém capaz de criar um clima propício ao processo ensino/aprendizagem. Deve apoiar-se no diálogo permanente com os estudantes, promovendo neles a análise e a utilização de processos mentais que facilitem a prática. Para conduzir o estudante, ele deve ser aceite na relação, e incutir entusiasmo e curiosidade face à pesquisa, no sentido de desenvolver o pensamento crítico e reflexivo.

Na perspectiva de Carvalho (2003) o [supervisor] clínico deve possuir três dimensões:

- Ser bem formado, manifestando atitudes adequadas para com aqueles com quem contacta no processo ensino/aprendizagem.
- Ser um bom decisor pedagógico e um agente de ensino com conhecimentos e aptidões para conceber e conduzir as atividades de aprendizagem.
- Estar apto a assumir o papel de profissional, porque é membro de uma profissão.

Cottrell (2000 a) considera que o supervisor clínico de enfermagem precisa possuir competência, experiência, aceitabilidade, confidencialidade, benevolência, empatia e ser encorajador.

O supervisor clínico e o estudante são sujeitos distintos, com papéis diferentes e, como tal, terão de reconhecer-se e empenhar-se na relação de forma verdadeira e autêntica para que esta funcione.

A aprendizagem é facilitada se o supervisor for congruente, ou seja, ser como realmente é, e estar consciente das atitudes que assume. Por outro lado, necessita aceitar o estudante tal como é, e compreendê-lo. Os estudantes ficam profundamente reconhecidos ao serem compreendidos, facto que influencia na criatividade e na relação (Bevis & Watson, 1989, 2005).

A relação supervisiva deve ter por base o Princípio da Pessoaalidade - *“Aceitar o outro como ser único e singular”* (Sá-Chaves, 2000). Deve-se evitar atitudes de distanciamento, de desconfiança, de reserva, na medida em que torna a relação impessoal.

A finalidade da formação para Carvalho (2003) é ensinar os estudantes a utilizar eficazmente as relações interpessoais. Nesse sentido, considera fundamental por parte do [supervisor] clínico a utilização eficaz da relação de ajuda, comunicando aberta e honestamente numa base de confiança e partilha de sentimentos e pensamentos. Se o supervisor desenvolver este tipo de relação com os estudantes, não só facilitará a aprendizagem da relação terapêutica, como também, permitirá desenvolver a formação de valores e atitudes essenciais à vida profissional. Para além disso, a referida autora acredita que a socialização profissional ocorre através das relações interpessoais. Considera que a formação do autoconceito e da autoestima do estudante se desenvolvem fundamentalmente

através dessas mesmas relações, pelo que, é função do supervisor clínico promover esse desenvolvimento, demonstrando atitudes cuidativas. O papel fundamental do supervisor é *“o de criar condições para que o estudante trabalhe os problemas colocados, em função do suporte teórico fornecido e dos meios disponibilizados, levantando as suas próprias hipóteses e testando-as, devendo este, quando necessário, dar sugestões e apoio”* (Carvalho, 2003: 49).

Através do recurso à comunicação, troca e partilha de informação, o supervisor deve alargar o campo de análise do supervisionado, permitindo uma nova visão sobre a situação. Isto supõe que ele seja um perito em termos do processo ensino/aprendizagem, devendo ensinar os estudantes como aprender, como pensar e como refletir (Queirós et al, 2000).

Potenciar a aprendizagem, implica promover o desenvolvimento pessoal do estudante, desenvolver estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas, capazes de estimular a reflexão e dissipar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança (Fonseca, 2006).

É importante que o supervisor clínico seja um profissional reflexivo disponível para a essência de uma prática holística (Johns, 2000), pelo que, tem de estar apto a responder como apoio e suporte das práticas, recorrendo a uma intervenção ajustada à realidade do contexto. Deve ter em consideração, na relação com o outro, a utilização de uma comunicação assertiva e criar um ambiente propício para uma prática holística de suporte e intervenção supervisiva. Na mesma linha de pensamento encontramos Araújo (2012) ao considerar que o supervisor, em contexto clínico, tem um papel primordial, porque interage em permanência com o supervisionado, partilhando com ele uma prática reguladora da ação, ou seja, uma prática reflexiva que contribui para o desenvolvimento de ambos.

É necessário estimular no estudante o desenvolvimento de estratégias que o capacitem para a aquisição de competências profissionais. Mais importante que o conteúdo é o processo de aprendizagem, a partir do qual o supervisor procura desenvolver no estudante, a capacidade de inter-relação entre o que foi e o que pode ser (Bevis & Watson, 1989; 2005), ajudando-o a adotar estratégias que favoreçam a aprendizagem.

O supervisor conhecendo o nível cognitivo e a diversidade de experiências do estudante, deve ser capaz de centrar a aprendizagem no estudante como ser global e

assumir-se como suporte para permitir ao mesmo desenvolver as suas ideias e proporcionar o seu desenvolvimento.

Na perspectiva de Abreu (2001), o supervisor deve assumir diferentes papéis: formador, consultor e conselheiro. É formador, quando criando situações de aprendizagem em contexto, desenvolve conhecimentos e técnicas. É consultor quando estabelece uma relação efetiva de ajuda, disponibilizando-se em termos de saberes e de si próprio enquanto recurso humano, ajudando a promover as mudanças necessárias. É conselheiro quando compreende os problemas identificados através de uma avaliação de quem tem à sua frente.

Em suma, o supervisor clínico é uma pessoa que tem um papel pedagógico com forte componente relacional. À sua componente pedagógica é de esperar que alie o domínio dos saberes, habilidades e competências técnico-científicas da sua profissão. É essencial que seja capaz de dominar e mobilizar a teoria e a prática no sentido de facilitar o raciocínio que fundamenta a ação (Carvalho, 2003).

As parcerias como uma mais-valia para o processo de formação

Se no passado a colaboração entre escolas e instituições de saúde se concretizava através de acordos tácitos entre docentes e enfermeiros, com a integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior e, particularmente, com a aplicação de princípios legais relacionados com o tempo de contacto direto entre docentes e estudantes, surgiu a necessidade de se estabelecer protocolos de colaboração entre instituições. Estes protocolos de formação foram surgindo, tornando-se como mais-valias para a qualidade do ensino dos estudantes e formação contínua dos enfermeiros.

Para Kroll (1998) estes protocolos têm que ter por base a aproximação, de forma a beneficiar ambas as partes. Este autor descreve muitos dos benefícios decorrentes destas práticas, quer para as instituições envolvidas, quer para o estudante, considerando que o êxito das parcerias depende das práticas dos cooperantes. Por sua vez, Araújo (2012) defende que a aprendizagem do estudante em ensino clínico será potenciada pelo grau de colaboração entre escola e serviços de saúde. Considera por isso ser fundamental, prestarmos atenção aos modelos organizacionais e de supervisão instituídos.

Os cooperantes proporcionam aos estudantes em ensino clínico uma supervisão realista e prática, ajudando-os na articulação e mobilização dos conhecimentos “teóricos” para a prática clínica (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Os enfermeiros são ótimos “modelos” para os estudantes, competindo aos professores motivá-los e sensibilizá-los desse “património pedagógico” que a maior parte deles possui (Franco, 2000).

De acordo com Abreu escolas e instituições consciencializaram-se de que a colaboração passa por uma *“interdependência e complementaridade de papéis, partilha de recursos e de informação, aproximação efetiva entre todos os atores envolvidos, co-responsabilização individual e coletiva, e (...) apoio aos parceiros para o desenvolvimento das ações de cooperação”* (2003a: 52). Defende ainda o mesmo autor, que a supervisão dos ensinos clínicos deve envolver docentes e enfermeiros das instituições de saúde num *“contexto de complementaridade (e co-responsabilização) e nunca de substituição”* (2003a: 52), desenvolvendo papéis e responsabilidades complementares tais como as apresentadas no quadro 2:

QUADRO 2 – Responsabilidade dos Docentes e Enfermeiros na Supervisão dos Ensinos Clínicos.

DOCENTE	TUTOR
<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade global pelo estágio dos alunos; - Apoio e trabalho com os tutores; - Manter uma relação pedagógica com os alunos, acompanhando e mediando aprendizagens; - Colaborar em atividades de formação ou de investigação na unidade de cuidados; - Conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade; - Trabalhar com os alunos os objetivos da aprendizagem e a relação da formação clínica com a ministrada em sala de aula; - Aprovar os objetivos operacionais elaborados para as experiências clínicas; - Manter reuniões conjuntas com os alunos e tutores, com o objetivo de avaliar os progressos da aprendizagem; - Constitui-se como recurso para os alunos e tutores; - Avaliar, em permanência, a adequação entre as experiências de aprendizagem e o currículo global; - Proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores; - Avaliar as experiências de tutoria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitar constituir-se como “modelo” para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem; - Facultar uma integração humana e científica consistente dos alunos no local de trabalho; - Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os docentes; - Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação dos alunos; - Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos; - Respeitar as normas e regras em vigor no serviço; - Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objetivos operacionais; - Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos; - Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação; - Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos; - Facultar informação objetiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras; - Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador.

Fonte: Abreu (2003a: 53)

O conceito de supervisor não deve apoiar-se na ideia de “enfermeiro mais velho e sábio”, mas antes privilegiar o profissional que possui competências relacionais para com os demais, que seja capaz de estabelecer uma relação de proximidade com o estudante, possua uma atitude positivo-construtivista face ao processo ensino-aprendizagem e habilidades no desenvolvimento profissional (Franco, 2000).

Abreu (2003a) considera que o estudante em ensino clínico está em constante transformação de saberes, sendo a mesma influenciada pelas componentes afetivas, cognitivas e sociais e que, para que esta transformação ocorra de forma facilitadora é fundamental a ajuda de um enfermeiro da prática clínica. Neste sentido propõe o “modelo de tutoria” para a supervisão dos ensinos clínicos.

Através do “modelo de tutoria” torna-se possível uma supervisão de estudantes corresponsabilizada entre os vários intervenientes do processo de aprendizagem. É também importante, a definição do tipo de colaboração entre os diferentes atores, a definição dos papéis de cada um, as estratégias a utilizar, favorecendo: a reflexão sobre as práticas, o estabelecimento de uma relação interpessoal, uma atmosfera e clima propício ao desenvolvimento, bem como, as condições de trabalho potenciadoras do processo de formação.

A supervisão em ensino clínico de enfermagem deve apoiar-se numa relação supervisiva em tríade - docente, enfermeiro e estudante -, onde o docente se constitui como um recurso na área do saber essencialmente teórico, na área da pedagogia e na de supervisão. Sendo o elemento que melhor conhece o estudante, quer no que diz respeito ao percurso formativo, quer ao seu percurso pessoal, colabora com o enfermeiro na partilha de informações e na implementação das estratégias, tendo o estudante como centro do processo de formação.

O docente ao longo deste período formativo, através da partilha com o enfermeiro e com o contexto da prática, dá continuidade ao seu processo de formação uma vez que estes momentos o desenvolvem como profissional de enfermagem e como docente.

Por sua vez, o enfermeiro torna-se um elemento essencial na partilha do conhecimento oriundo das práticas, que se revela importante para o estudante e para o docente. Obtém mais-valias na partilha com o docente e o estudante, na reflexão sobre as práticas e na resolução de “questões-problema” oriundas da interação teoria/prática, desenvolvendo ainda as suas competências pedagógicas e supervisivas.

Ambos, docente e enfermeiro, analisam o processo de supervisão, vendo a aprendizagem centrada no estudante e estabelecendo estratégias que o perspetivem como o sujeito ou agente da formação.

Por sua vez o estudante, cuja principal função ou papel é aprender a aprender, beneficia da ajuda e orientação proporcionada pelos supervisores, desenvolve o seu espírito crítico-reflexivo, a sua autonomia, a sua integração na profissão e constrói (ou vai construindo) a sua identidade profissional, contribuindo num futuro, mais ou menos próximo, para a qualidade dos cuidados de enfermagem, para a identidade profissional e para os ganhos em saúde da população e da comunidade.

2.2 – PROBLEMÁTICAS DA SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO

Com a publicação do Decreto-lei 480/88 de 23 de Dezembro e a Portaria 821/89 de 15 de Setembro, o Ensino de Enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, passando a converter as Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem. Neste contexto, de acordo com Franco (2000), Almeida (2006) entre outros, surgem algumas problemáticas diretamente relacionadas com a supervisão dos estudantes em ensino clínico. Consideram os referidos autores que a integração na carreira do pessoal docente de enfermagem no Ensino Superior Politécnico provocou um vazio legal que constituiu um problema para ambas as partes.

Em relação a este aspeto, Franco (2000) questiona sobre como se enquadra a responsabilidade dos cuidados prestados pelos estudantes aos utentes, uma vez que os docentes não só não pertencem à carreira de Enfermagem, como também, não exercem a sua atividade no domínio da prestação de cuidados, nem tão pouco, pertencem à instituição onde decorre o ensino clínico.

O Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro apesar de explicitar as funções dos enfermeiros em relação à formação contínua em serviço, torna-se pouco objetivo em relação à participação nos ensinos clínicos de enfermagem. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros considera como sendo uma competência dos enfermeiros de cuidados gerais, a sua contribuição para a formação e desenvolvimento profissional dos estudantes e colegas.

Paralelamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro) determina a contribuição dos enfermeiros, no exercício da sua atividade, na área da docência, para além de salientar que a existência de protocolos entre as instituições de saúde e as Escolas Superiores de Enfermagem facilita e maximiza a aprendizagem dos estudantes.

A supervisão de estudantes atualmente implementada nos contextos clínicos, tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes, nomeadamente, o supervisor, o supervisionado e a instituição de saúde. As problemáticas vivenciadas são fruto da particularidade dos contextos (instituições de saúde/escolas de enfermagem), da natureza dos ensinos clínicos e de um conjunto variado de dimensões que são transversais à profissão de enfermagem.

Um aspeto que tem sido alvo de celeuma, relaciona-se com o conceito de supervisão. Sá-Chaves (2000: 125) ao abordar esta temática considera que estamos perante “(...) *perspetivas de supervisão que vão desde as intenções mais rígidas de inspeção e de direção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e aconselhamento*”. Por sua vez, Fonseca (2006) considera que este termo pode levar a pensar em controlo, avaliação e julgamento. Refere que com frequência ao supervisor é associada a ideia de avaliador ao invés de ser encarado como conselheiro.

Franco (2000) refere um conjunto de problemáticas emergentes, que de uma forma ou de outra podem ter implicações ao nível do ensino clínico:

- A dicotomia existente entre ensino teórico e prático *versus* contexto clínico leva a que os enfermeiros da prática clínica se desresponsabilizem da tão desejada colaboração na supervisão dos estudantes em ensino clínico. O mesmo autor reflete também sobre a dicotomia “serviços/escola”, referida pelos enfermeiros como um problema que resulta de uma «desarticulação» real entre a teoria e a prática clínica. Com base na pesquisa e investigação por si efetuadas, verifica que os enfermeiros recém-formados referem-na como uma “*dificuldade em se adaptar*” face ao “*choque ou desilusão com a realidade que encontram*”, o que tem levado uns a procurarem outros serviços ou frequentarem outros cursos. Os enfermeiros mais velhos queixam-se por vezes da “*falta de preparação dos recém-formados e das suas dificuldades de integração na vida profissional*” (Franco, 2000: 37). Verificou ainda que esta dicotomia não é apenas referida por enfermeiros da prática clínica, mas também por docentes.

- A escassez de enfermeiros ao nível dos contextos onde se realizam os ensinamentos clínicos.

- A existência de enfermeiros recém-formados: Considera o autor que estes profissionais não possuem experiência adequada à orientação de estudantes em ensino clínico. Acrescenta que frequentemente os enfermeiros, mais jovens não possuem uma verdadeira noção da realidade prática.

- O ratio docente/discente: Este aspeto relaciona-se com o número cada vez mais elevado de estudantes que as Escolas Superiores de Enfermagem passaram a admitir. Esta questão reveste-se de particular importância no ensino clínico uma vez que envolve o planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem aos utentes.

- Ausência de rigor na seleção dos enfermeiros tutores: Considera fundamental que, quer professores, quer enfermeiros, necessitam ter os seguintes critérios para o desempenho do papel de supervisor: motivação, formação, conhecimentos, categoria, tempo de serviço e experiência profissional (na prestação de cuidados, na instituição, no serviço e na categoria), competência, desempenho e relacionamento.

- A falta de clarificação do papel do docente e do enfermeiro na sua participação em ensino clínico: Reportando-se a esta temática e apoiado em vários autores refere que “*os docentes descrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser, enquanto que os profissionais dos serviços a praticam como ela é*” (Franco, 2000: 38).

Abreu (2001) refere também um conjunto de aspetos que podem ser equacionados como problemáticos: i- a gestão das emoções; ii- a questão da qualidade das práticas; iii- os condicionalismos existentes na multiplicidade dos contextos; iv- as atitudes e comportamentos resultantes dos níveis cognitivos, afetivo e físico.

Alguns autores, entre os quais Fernandes, (2010) identificam, como problemáticas da supervisão em contexto clínico, aspetos inerentes à comunicação enfermeiro-doente. Evidenciam dificuldades por parte do enfermeiro/supervisor clínico em lidar com o estado de saúde dos doentes, não conseguindo acompanhar o seu desenvolvimento ou intervindo em questões como a morte.

Estas dificuldades foram também identificadas por Serra (2011), o qual refere que os processos de luto são frequentemente vivenciados pelos enfermeiros e que os mesmos se envolvem nas situações dos doentes e famílias, sofrendo em comum com estes, e com repercussões nas suas vidas familiares e profissionais.

Num estudo desenvolvido com estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Reis (2006), verificou que alguns dos participantes ao terminar o curso, referem não se sentir preparados para lidar com o sofrimento e/ou morte. Consideram que este facto está relacionado com a forma como esta temática foi abordada na componente clínica. A este propósito, Hesbeen (2001) refere que atendendo à sua componente humana alguns enfermeiros tornam-se vulneráveis ao lidar com problemas complexos que os doentes lhes transmitem. Alerta que este facto pode interferir na prestação de cuidados e explicita o seu raciocínio, referindo-se ao internamento nas unidades de medicina e oncologia, onde o sofrimento e a morte estão muito presentes. As taxas de mortalidade são

elevadas e o sofrimento uma constante, facto que exige, a quem lá trabalha, uma grande capacidade de controlo e gestão de emoções.

De acordo com Rua é no contexto clínico que

“o aluno faz uma aproximação à prática, nomeadamente no que se refere: à dinâmica dos serviços de saúde (gestão de recursos humanos e materiais); à gestão de sentimentos (medo, ansiedade, angustia, insegurança); à gestão da sua aprendizagem mobilizando, em cada situação, todos os seus recursos e capacidades, estabelecendo prioridades e atribuindo significado a cada vivência” (2009: 81).

Considera que o estudante em ensino clínico é sujeito a um conjunto de “pressões” relacionadas com o

“ter que dar resposta atempada a um determinado número de situações que se lhe colocam, estabelecendo prioridades, planeando intervenções, tendo em conta que as mesmas se devem integrar num trabalho de equipa cujo enfoque é o utente, mas que estão estreitamente relacionadas com os recursos e conceções de cuidados do serviço” (Rua, 2009: 81).

Acrescenta a referida autora que em ensino clínico o estudante tende a desenvolver sentimentos de insegurança e de incerteza sobre o “que” fazer e “como” fazer, habitualmente associados à ansiedade relacionada com a avaliação das práticas, pelo docente e pelo enfermeiro do serviço. Paralelamente, encontra ainda outras situações geradoras de stresse no estudante, como sejam o medo do desconhecido, o receio de errar, o não atingir os objetivos esperados, a idade/maturidade, assim como o estágio de aprendizagem em que se encontra.

De acordo com Carvalho (1996) a ansiedade é um sentimento que habitualmente não ocorre de forma linear ao longo do ensino clínico. Ela surge de forma mais exacerbada em dois momentos específicos: no período de integração e próximo do momento de avaliação.

No sentido de minimizar algumas das problemáticas referidas, o supervisor clínico deve trabalhar com o estudante a relação de ajuda, a comunicação com o doente e família, a importância do cuidar de doentes em fim de vida, a promoção da melhoria do estado de

saúde do doente, a identificação de problemas nos doentes, aspetos de inovação tecnológica, entre outros (Fernandes, 2010; Serra, 2011).

2.3 – DA EXPERIENCIA CLÍNICA À FORMAÇÃO DE SI

O estudante de enfermagem em ensino clínico encontra-se em desenvolvimento permanente, transformando a representação que tem de si próprio no contacto com os outros através da ação social dos contextos clínicos. Nesta perspetiva, a imagem que possui de si é de extrema importância para a dinâmica sociocultural e para a sua dimensão pessoal e interpessoal.

De acordo com Arthur & Thorne (1998), apoiados em estudos dirigidos a estudantes duma universidade do Canadá, a autoimagem dos profissionais é mais elevada se desenvolverem novas competências aquando da transição entre a situação de estudante para a vida profissional efetiva, acompanhadas com mudanças a nível dos valores, dos saberes, das atitudes pessoais e profissionais, autoestima e autoconceito.

Estes autores afirmam que esta realidade está associada a fatores como: a socialização, formação geral e profissional, contextos profissionais, processos de desenvolvimento de autoestima, reconhecimento social por parte dos doentes e suas famílias, reconhecimento por parte de outros grupos profissionais, aceitação por parte das organizações hospitalares, entre outros.

Referem também, a situação da formação profissional, como contributo para o desenvolvimento de uma identidade, na medida em que o indivíduo, com o objetivo de se integrar nas estruturas do mundo do trabalho, faz as suas primeiras escolhas profissionais e começa a configurar as suas práticas.

De acordo com Abreu a autoestima é um processo fundamental para a compreensão das dinâmicas dos grupos. *“É simultaneamente uma condicionante e um resultado de um comportamento do grupo: é o produto mas também o motivo para a assunção de determinados comportamentos”* (2001: 266). Considera que os indivíduos com níveis baixos de autoestima são menos capazes psicologicamente de desenvolver comportamentos de competição intergrupos. Salienta que uma discriminação intergrupos

bem-sucedida aumenta a autoestima e favorece o desenvolvimento de uma identidade positiva.

De acordo com esta perspetiva, o ensino clínico, revestindo-se de especificidades inexistentes em qualquer outro momento do Curso de Licenciatura em Enfermagem, deve permitir ao estudante, para além do desenvolvimento de competências profissionais, uma reflexão acerca do seu crescimento pessoal e formação de si.

Ao longo do ensino clínico, frequentemente os estudantes sentem necessidade de se questionar acerca dos seus sentimentos, valores, emoções, atitudes, entre outros. As emoções em contexto clínico exercem grande influência na adaptação e na cognição, tanto ao nível dos processos de pensamento, como ao nível do conteúdo do mesmo, uma vez que tanto a inteligência como a emoção são funções que auxiliam o organismo a adaptar-se ao meio. Ou seja, as emoções interferem em vários aspetos do funcionamento mental, influenciando quando prestamos atenção, quando aprendemos, o que nos lembramos e as decisões que tomamos (Sabino, 2008).

O estudante de enfermagem em contexto clínico, devido à sua proximidade com o utente e familiares torna-se mais vulnerável. As emoções e sentimentos associados à prática do Cuidar estão indiscutivelmente presentes e a necessidade de as gerir, é fundamental.

A relação que o enfermeiro constrói com o utente e com a sua família depende da capacidade do primeiro em compreender e detetar a condição íntima em que o Outro se encontra, saber gerir essas circunstâncias intervindo adequadamente. Sendo a enfermagem uma profissão diretamente relacionada com as emoções, o significado atribuído a esta dimensão do “Cuidar Humano”, compreende uma relação de entreajuda que visa o bem-estar de ambos os intervenientes. Contudo, saber gerir eficazmente as emoções, exige saber gerir e aprofundar a relação.

É importante realçar que os profissionais com competências emocionais e capacidade de gestão adequada têm maior facilidade na resolução de situações emocionalmente stressantes, e conseguem otimizar o seu desempenho, prestando cuidados de enfermagem de maior qualidade. Atualmente é exigido que um enfermeiro, pela proximidade que tem com o doente, esteja capacitado para gerir as suas emoções, identificando-as,

compreendendo-as e dominando-as, alcançando um profissionalismo de qualidade e melhorando a qualidade de vida do doente e família.

Mas, então, qual a importância da gestão das emoções?

Até há algum tempo, a inteligência de uma pessoa era avaliada pelo raciocínio lógico e habilidades matemáticas e espaciais. No entanto, o Quociente de Inteligência (QI) é cada vez mais uma ferramenta a cair em desuso. Atualmente defende-se que conhecimento não é inteligência. A inteligência pode servir-se do conhecimento, acumulando-o, mas não é um bem fundamental para viver. A inteligência pode utilizar os conhecimentos que detemos de forma racionalizada. Nesta linha de pensamento encontramos o psicólogo Daniel Goleman (2002) ao defender que a inteligência emocional é a responsável pelo sucesso ou insucesso das pessoas.

De acordo com Boyatzis (2008) a inteligência emocional favorece o desenvolvimento profissional e social do indivíduo. Para Mayer & Salovey (1990) o conceito de inteligência emocional diz respeito à capacidade de raciocinar com emoção, isto é, perceber adequadamente, avaliar e expressar as emoções, ou seja, é a capacidade de perceber ou gerar um estado de humor de modo a otimizar o rendimento de uma tarefa.

Goleman (2002) defende que o controlo das emoções contribui de forma essencial para o desenvolvimento da inteligência do indivíduo. O autor considera que existem duas mentes: a que raciocina e a que sente. Esses dois modos de conhecimento interagem na construção da nossa vida mental. A mente racional é o modo de compreensão, de que quase sempre temos consciência, é mais destacado na consciência, mais atento, capaz de ponderar e refletir. Já a mente emocional é um sistema de conhecimento impulsivo.

De acordo com Diogo (2006), durante muitos anos, os enfermeiros foram educados no sentido da repressão das emoções/sentimentos e do envolvimento emocional com o utente, por se considerar não ser uma atitude profissional. Considera ainda este autor que apesar de nos encontrarmos num ponto de viragem, atualmente ainda se verifica o peso da cultura organizacional que continua a orientar no sentido da repressão e disfarce daquilo que o enfermeiro sente no Cuidar.

O mesmo autor acrescenta que as situações de sofrimento do utente geram no enfermeiro sentimentos que levantam questões complexas, cuja resposta ultrapassa os aspetos técnicos e relacionais do ato de Cuidar. São situações que habitualmente causam

nos profissionais a vivência de emoções como ansiedade, medo, impotência, difíceis de suportar, e que, por si só, podem justificar a sua tendência de afastamento. O enfermeiro enquanto “humano” que “cuida de outro humano” enfrenta situações emocionais intensas que levam ao sofrimento emocional, sendo elas os sentimentos do utente juntamente com as suas próprias emoções e sentimentos. Damásio (2000) explica-nos que não é possível negar as nossas emoções. A repressão, inibição ou negação das emoções é tão nociva quanto a emoção extrema e pode manifestar-se na forma de doenças psicossomáticas.

Uma das respostas adaptativas que o enfermeiro adota de forma a lidar com as dificuldades que surgem na prática remete-nos para os mecanismos de defesa. Diogo (2006) refere que estes consistem em mecanismos defensivos como afastamento, proteção, limitação da consciência, rotulação, distanciamento, negação. Estas ferramentas funcionam como estratégias ou recursos de que os enfermeiros se servem para lidar com o sofrimento, para não o sentirem.

A Inteligência Emocional consiste no saber fazer com que as emoções trabalhem a nosso favor (Sabino, 2008), para que exerçam uma influência positiva no nosso processo de adaptação. Segundo Mayer & Salovey (1990), a mesma abarca os seguintes domínios: i - *Autoconsciência Emocional*, ii - *Gestão das Emoções*, iii - *Controlar Produtivamente as Emoções*, iv - *Empatia*, v - *Gestão dos Relacionamentos*.

Diogo (2006) defende que a pedra angular das competências emocionais básicas é o autoconhecimento, ou seja, a consciência dos nossos próprios sentimentos no instante em que eles ocorrem. A consciência é essencial à compreensão e conhecimento das nossas próprias emoções, o que nos conduz à regulação emocional em alternativa às estratégias defensivas para reprimi-las.

Tanto o estudante de enfermagem como o enfermeiro, devem realizar um esforço no sentido de conhecer, cada vez melhor, os seus valores, motivações, emoções, mas também os seus limites e crenças, ou seja, deve conhecer-se a si próprio – autoconhecimento – para conseguir comunicar de forma mais eficaz e evoluir, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações críticas (Rispaill, 2003).

Para Diogo (2006) a gestão de situações críticas aparece-nos como o pilar do desenvolvimento em enfermagem, dado que, uma das principais dificuldades do

enfermeiro se prende com o facto de muitas vezes não conseguir transformar estes momentos de stresse em algo produtivo ou fonte de aprendizagem, deixando-se dominar pelas emoções negativas.

Torna-se assim fundamental ajudar o estudante a desenvolver a capacidade de gerir as emoções, pois só desta forma conseguirá desenvolver a criatividade, melhorar o espírito de equipa e desenvolver a aprendizagem e identidade pessoal.

3 – DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE

Erik Erikson foi o primeiro psicanalista a debruçar-se seriamente sobre o fenómeno da formação da identidade. O seu trabalho baseou-se, embora divergindo em pontos importantes, na perspetiva freudiana de desenvolvimento da personalidade (Costa, 1990; 1991).

Grande parte da teoria de Erikson surgiu do seu trabalho como clínico durante a II Guerra Mundial, ocasião em que utilizou, pela primeira vez, a expressão “*crise de identidade*”. Tal expressão resulta da observação de doentes que tinham perdido a noção de identidade pessoal e de continuidade histórica e em grande parte, o controlo sobre si próprios. Erikson reconheceu que o mesmo tipo de perturbação era visível em jovens cujo sentimento de confusão se devia mais a uma guerra dentro deles próprios e por vezes contra a sociedade (Costa, 1990; 1991). A identidade foi inicialmente definida pela ausência de algo que foi perdido e dava um sentido de unidade e continuidade à vida do indivíduo.

3.1 – CONCEITOS E PERSPETIVAS SOBRE A IDENTIDADE

O termo “*identidade*”, embora banalizado na linguagem comum, é um conceito extremamente rico e significativo, cujo conteúdo sofreu complementaridades científicas. Este conceito é descrito como uma construção de sentido que tem início na infância e se transforma ao longo da vida (Lipiansky, 1998). Não se trata de um conceito isolado, mas antes resulta de uma interação social, responsável pelo desenvolvimento e crescimento individual, social e profissional, que envolve todos os campos da ação humana. É o que identifica a diferença (Correia, 2004). É o resultado da evolução dos juízos internos e externos, durante as diversas socializações ao longo da existência de cada indivíduo.

O conceito de identidade conduz-nos para a consciência do indivíduo como uma entidade que se situa na articulação do sociológico e do psicológico. Refere-se à integração dos indivíduos no espaço social, através do reconhecimento de pertenças, ao mesmo tempo que procuram um lugar específico nesse mesmo espaço social, através da diferenciação

(Madureira Pinto, 1991). Daí que a identidade esteja também ligada ao estudo dos papéis sociais e às posições que o indivíduo ocupa na sociedade.

O campo profissional é atualmente, um dos núcleos fundamentais na estruturação do ambiente social, seja a nível das instituições e percursos coletivos, seja no encadeamento da vida pessoal, permitindo a articulação entre diferentes sistemas sociais como o ensino, a família, a política, entre outros. Tem influências, e influencia os costumes culturais, os valores, as ideologias e as normas das sociedades contemporâneas, ou seja, a organização do trabalho cria-se num determinado meio socioeconómico, mas também, induz à construção de subculturas específicas e estruturantes dos sistemas simbólicos e ideológicos (Correia, 2004).

A identidade corresponde ao carácter do que é único, ao conteúdo que distingue um ser de qualquer outro. Identidade é o produto da relação que o indivíduo tem com a sociedade. O homem é, pelo conjunto de fenómenos que o constitui, um ser social (Dubar, 1997). A influência social é um elemento construtor do indivíduo. O processo psicológico do ator e a sua atividade num determinado ambiente relacional formam um processo dialético, ou seja, uma interação recíproca e contínua (Correia, 2004).

Por sua vez, a identidade individual é uma construção de princípios, por vezes contraditórios como: sentido de continuidade, coerência, unicidade, diversidade, realização de si, conformismo e diferenciação (ibidem).

A identidade é a qualidade de ser como os outros e simultaneamente diferente dos outros (Dubar, 1997; Madureira Pinto, 1991). A identidade individual passa também pela apropriação e gestão de diferenças e semelhanças, como pela afirmação das diferenças. A relação entre identidade individual e coletiva está dependente das situações e das culturas, ou seja das sociedades (Abreu, 2001).

Para Dubar (1997) a identidade faz parte do mundo subjetivo que surge da interação social, ela resulta das informações que rodeiam o indivíduo, fundamentalmente do grupo de pertença. Daqui emerge a definição de identidade social como a incorporação do *habitus* na interiorização de uma posição relativamente permanente e nas disposições que esta interiorização implica.

Desta forma, o supra referido autor considera que a socialização é um processo biográfico de assimilação dos estados sociais da família de origem, das classes de pertença,

assim como dos diferentes espaços de ação social que se cruzaram com o indivíduo durante a sua vida e que quanto mais heterogêneos forem maior a probabilidade de determinação identitária.

Assim, a identidade social é o resultado da história passada do indivíduo mas também é o reflexo das suas aspirações e projetos de vida. De acordo com Correia (2004) este percurso futuro está dependente das realidades das ações dos sujeitos e das interações relacionais que as acompanham. Mas também do conteúdo subjetivo do indivíduo, que condiciona as potencialidades de cada oportunidade nesses sistemas.

É difícil separar a identidade individual da identidade coletiva porque, num processo de socialização, a relação identidade para si e identidade para o outro, só tem fundamento, quando se situa no núcleo desse mesmo processo (Correia, 2004).

3.2 – IDENTIDADE E DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

Erikson (1976; 1983) conceptualiza e define a identidade de uma forma interdisciplinar em que a construção biológica, a organização pessoal da experiência e o meio cultural dão significado, forma e continuidade à existência do indivíduo. Situa o desenvolvimento do indivíduo num contexto social dando ênfase ao facto de ocorrer na interação com os pais, a família, as instituições sociais e uma cultura num momento histórico particular. Esta teoria psicossocial de Erikson, não tem no entanto, uma metodologia explicativa de investigação e os seus conceitos teóricos derivam da reflexão sobre a prática clínica.

Este autor apresenta um esquema de desenvolvimento numa sequência fixa de oito estádios, cada um correspondendo a um período cronológico específico e envolve a aquisição de um estilo consistente de organização da experiência, de reestruturação da identidade desde a infância e da incorporação de novos papéis oferecidos pela sociedade.

QUADRO 3 – Crises Psicossociais nos Oito Estádios de Vida

ESTÁDIOS	CRISE PSICOSSOCIAL
Infância	Confiança/Desconfiança
Infância Inicial	Autonomia/Vergonha - Dúvida
Idade pré-escolar	Iniciativa/Culpa
Idade Escolar	Indústria/Inferioridade
Adolescência	Identidade/Confusão de Identidade
Adulto Jovem	Intimidade/Isolamento
Adulto	Generatividade/Estagnação
Idade Adulta Tardia	Integridade/Desesperança

Fonte: Abreu (2005: 36)

Cada um destes estádios é caracterizado por um dilema particular em que o indivíduo desenvolve atitudes básicas que contribuem para o seu desenvolvimento psicossocial. Estas atitudes básicas surgem em cada estágio como orientações polares, isto é, o indivíduo pode emergir de cada um deles com um sentido de si próprio reforçado ou debilitado. Estas orientações polares são conflitos nucleares, ou seja, momentos de crise e de (re)síntese ativa do Eu, em que o indivíduo está perante soluções contraditórias, que implicam tomada de decisão, cuja natureza depende do balanço de vários fatores de desenvolvimento (maturidade cognitiva, crescimento físico, ...). Estas orientações polares não significam que uma exclui a outra, mas que em cada estágio se verifica uma dialética entre ambas, isto é, o resultado será a síntese do polo negativo e positivo de cada estágio.

Sendo a teoria de Erikson organizada em estádios, não é contudo uma teoria estrutural, isto é, a emergência de um estágio é independente da resolução com sucesso do estágio anterior. A qualidade da resolução está no entanto dependente do vivenciado nos estádios precedentes.

A formação da identidade ocorre a dois níveis: psicológico e social. Ao nível psicológico, a construção da identidade surge da necessidade do indivíduo organizar e compreender a sua individualidade de uma forma consistente e sem contradições. O social, relaciona-se com as pressões externas que o indivíduo sofre para fazer escolhas e investir em papéis familiares, profissionais e sociais, o que lhe dá um estatuto e posição na sociedade.

A construção da identidade é um processo contínuo desde a infância até ao fim da vida, no entanto, ocorre fundamentalmente, no período da adolescência. A tarefa por

excelência do adolescente é a construção da sua identidade. O adolescente preocupa-se com a procura de uma definição de si próprio, o que é, o que quer ser e fazer, qual o seu papel e função no mundo. Quais os seus projetos para o futuro, isto é, tenta dar um significado coerente à sua vida integrando as suas experiências passadas e presentes e procurando um sentido para o futuro.

Porque a identidade psicossocial serve simultaneamente duas funções, a tarefa do adolescente é duplamente complexa. Por um lado, o adolescente tem que possuir um desenvolvimento psicológico adequado à realização desta tarefa, por outro, a construção da sua identidade tem que ser realista e adaptada à sociedade onde está inserido, em constante mudança.

O processo de desenvolvimento da identidade começa desde o primeiro contacto com a mãe, onde o sentido do Eu surge através de uma relação de confiança durante a infância. Se esta relação for segura, a criança reconhece-se como distinta dos outros.

A interiorização e a identificação às figuras mais significativas são as primeiras formas de estruturação do Eu. Só quando o adolescente se torna capaz de as seleccionar, sintetizar e organizar é que a formação da identidade ocorre. São a integração e a organização de aspetos do Eu, num conjunto coerente e distinto, que vão definir a identidade.

Seguidamente explanaremos a crise psicossocial inerente a cada um dos estádios:

- Confiança básica/desconfiança

Tem como requisito prévio a aquisição de um sentimento de confiança básica, em oposição à desconfiança. Ao longo do primeiro ano de vida, a relação criança-adulto facilita, ou não, o desenvolvimento de uma segurança íntima em relação a si próprio e ao mundo. Através de uma coordenação de interação mútua entre mãe e criança (o dar e receber), desenvolve-se aquilo a que poderíamos chamar um “sentimento rudimentar da identidade do Eu” (Costa, 1990; 1991). É também através da mãe que a criança tem o seu primeiro encontro com as modalidades de cultura, isto é, com as regras educacionais subjacentes a essa cultura, presentes no comportamento da mãe. Erikson refere que a desconfiança básica é o principal desencadeador de perturbações psicopatológicas graves e salienta o papel crucial da confiança básica para a (re)estruturação do Eu e do desenvolvimento da identidade.

A resolução ótima deste estágio será o balanço dinâmico entre os dois polos, o que permitirá a emergência de um Eu como fundamento rudimentar de identidade.

O sentimento de confiança em si, nos outros, e a capacidade de ser idêntico e distinto, são os resultados específicos da crise.

- Autonomia /vergonha - dúvida

A criança cresce, inicia progressivamente comportamentos de exploração do seu mundo. Aprende que pode dominar o seu corpo e explorá-lo sem medo. Se o controle externo for demasiado rígido e precoce, não facilitará um sentimento de autodomínio, o que resultará numa propensão para a dúvida e para a vergonha.

Este estágio depende, necessariamente, da confiança básica firmemente desenvolvida e do estímulo que o meio dá à criança para realizar coisas.

- Iniciativa/Culpa

O sucesso neste estágio é fundamental para o desenvolvimento da identidade, na medida em que, o indivíduo sente sem culpabilidade que pode ser o que imagina ser. O balanço ótimo entre os sentimentos de iniciativa e culpabilidade é temperado pela consciência dos limites impostos pelas convenções culturais, apreendidas no meio social em que vive.

- Indústria/Inferioridade

A criança desenvolve as suas capacidades no contexto da instituição escolar, o que requer uma avaliação de si como pessoa trabalhadora. Quando confrontada com a aprendizagem, a criança sente que é competente, que é capaz de fazer e fazer bem. Sem iniciativa, autonomia e confiança no meio, não é capaz de produzir coisas com perseverança, de auto-reconhecer as suas capacidades e de se fazer reconhecer pelos outros. O grande perigo neste estágio é o desenvolvimento de um sentimento de inferioridade que pode estar relacionado com o insucesso na resolução das tarefas anteriores.

O reconhecimento progressivo das suas capacidades e potencialidades são a base para o desenvolvimento de uma identidade profissional (Costa, 1990; 1991). O sentimento de incapacidade, não permite criar objetivos de vida, que surgem à priori como impossíveis. Mas o sentimento de que podemos fazer tudo o que queremos, ou seja, a ausência de

consciência das limitações, quer individuais, quer externas, podem levar também a um outro tipo de incapacidade de realização. De facto, quando há uma grande discrepância entre o possível e o imaginado, a realização também é impossível.

Neste processo cumulativo de aquisição de competências, estas funcionam como peças que contribuem progressivamente para a aquisição da identidade. O adolescente necessita agora de uma moratória que lhe possibilite a integração dos elementos da identidade já adquiridos. É a recapitulação e a redefinição desses elementos que, caracteriza a crise da adolescência. Se a procura de confiança em si e nos outros for ainda importante, o adolescente terá necessidade de procurar elementos que proporcionem essa confiança. Mas se já tiver estabelecida nele, a necessidade de uma definição de si, pelo que pode ser e querer livremente, então procurará condições e oportunidades para tomar decisões que vão no sentido dessa definição. Por um lado, os vários agentes – pais, professores e a sociedade – pressionam o indivíduo para essas tomadas de decisão, particularmente no que respeita às áreas: escolar e profissional. É pois a convergência de mudanças internas e de pedidos externos, que define a tarefa psicossocial da aquisição da identidade. O indivíduo adquire um sentido subjetivo de si, caracterizado pela unidade e continuidade, que permite reconhecer-se no presente, no passado e no futuro. A identidade é também um fenómeno interpessoal, na medida em que se baseia, na forma como os outros percebem o indivíduo e o avaliam.

A identidade envolve assim três componentes:

- Um sentido de unidade entre diferentes concepções de si próprio, nas diferentes situações, o que implica a integração de diferentes papéis.
- Um sentido de continuidade desta concepção ao longo do tempo, isto é, apesar das mudanças em aspetos muito concretos da sua personalidade, o indivíduo percebe que é o mesmo Eu.
- Um sentido de mutualidade em relação aos outros, isto é, de inter-relação entre a percepção de si próprio e a que os outros têm de si.

- Identidade/Confusão de identidade

Quando não adquire a sua identidade, o adolescente permanece num estado de confusão de identidade, sem um sentido em relação ao passado e ao futuro, como um estranho no seu próprio corpo.

- Intimidade/Isolamento

É do desenvolvimento da identidade que emerge a competência do indivíduo para estabelecer relações caracterizadas pela capacidade de partilha e de cooperação. Este estágio é pois a tarefa psicossocial do jovem adulto.

- Generatividade/Estagnação

O adulto é caracterizado mais pela necessidade de dar e ensinar. Este estágio é definido pela necessidade do indivíduo em orientar a geração seguinte, de investir na sociedade em que está inserido. A estagnação surgirá se o indivíduo se focalizar apenas em si próprio.

- Integridade/Desesperança

Neste estágio o indivíduo tem necessidade de interiorizar, de integrar as imagens do passado através da aceitação do sentido vital, tornando-se mais capaz de compreender os outros. Sendo a sociedade pouco facilitadora, este período é muitas vezes a confrontação com a diminuição de capacidades cognitivas, físicas e sociais, podendo levar o indivíduo não há integridade mas ao desespero.

Da descrição deste esquema de desenvolvimento, poder-se-á dizer que, enquanto a infância é o alicerce para a construção da identidade, a idade adulta acrescenta componentes, permitindo assim ao indivíduo construir-se progressivamente.

3.3 – CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é considerada um momento decisivo no desenvolvimento da identidade na medida em que é um período de grande vulnerabilidade. É neste estágio que o indivíduo se confronta com a maturação genital, a incerteza de papéis a assumir na

entrada no mundo adulto, a preocupação com o que possa parecer aos olhos dos outros e a busca de um novo sentido de unidade e de continuidade.

A sociedade facilita ao adolescente um período de moratória que lhe permite lidar com estes problemas. Dá-lhe um período de espera ou melhor, de permissividade seletiva para investimentos adultos. No entanto, convém realçar que, esta moratória psicossocial, permitida pela sociedade, pode não ser o tempo que o indivíduo necessita para este trabalho de definição da sua identidade (Costa, 1990; 1991).

Se a pressão social para investimentos adultos é necessária, quando demasiado forte, pode obrigar o adolescente a optar precocemente ou, a escolher o caminho da confusão identitária.

O período de moratória é governado por instituições e estruturas sociais que podem facilitar ou inibir a experimentação de papéis. Segundo Erikson (1983) estas estruturas são chamadas de moratórias institucionalizadas, as quais fornecem ao jovem modos de socialização para ajudar a resolver a sua crise de identidade (rituais, aprendizagem escolar, ...).

De acordo com Costa, (1990; 1991) para que uma crise identitária ocorra são necessárias quatro condições:

- Um certo nível de desenvolvimento intelectual.
- Que a puberdade tenha ocorrido.
- Um certo crescimento físico.
- Pressões culturais que levam o indivíduo à (re)síntese da sua identidade.

As características de crise, isto é, o seu aparecimento, a duração e severidade, variam em função dos fatores individuais (forma como elementos anteriores de identidade foram resolvidos), sociais (práticas educativas, identificação aos pais), históricos e económicos.

Na sociedade ocidental atual, o período de moratória é cada vez mais longo, tornando o adolescente mais dependente, por mais tempo. Este facto está relacionado com a necessidade de realizar uma aprendizagem mais especializada, para a sobrevivência num mundo tecnológico e de retardar a entrada na sua vida profissional e no mundo do adulto.

Os adolescentes tornam-se adultos independentes e autónomos cada vez mais tarde (Costa, 1990; 1991).

Segundo Costa (1990; 1991) e à semelhança do que refere Erikson (1976; 1983), a confusão da identidade não é senão a manifestação de incapacidade do indivíduo em mobilizar a sua energia interior para a construção da sua identidade. Esta confusão pode ser verificada na sobreposição de imagens de si próprio, de papéis e oportunidades contraditórias.

Os fatores que habitualmente são considerados responsáveis pelo desenvolvimento da confusão da identidade são de acordo com Costa (1990; 1991) os seguintes:

- O processo de separação emocional da criança em relação às suas figuras de ligação não foi bem-sucedido.
- O indivíduo não desenvolveu novas ligações e não conseguiu uma definição de si próprio.
- Dificuldades em lidar com as mudanças não só ao nível do Eu como das circunstâncias da vida.
- Conflitos entre as expectativas parenterais ou sociais e as do grupo de pares.
- Perda de laços familiares e falta de apoio no crescimento do indivíduo.

A confusão identitária pode estar relacionada com a não resolução de um qualquer estágio anterior.

3.4 – OS ESTATUTOS DE IDENTIDADE DO EU

Apoiado na perspectiva de Erikson, James Marcia (1966; 1967; 1976; 1980; 1983; 1986; 1989; 2001; 2002) verificou a necessidade de trabalhar critérios psicossociais para determinar momentos ou modos de aquisição de identidade. Neste sentido, postulou a existência de quatro estatutos de identidade que representam estilos diferentes de lidar com esta tarefa psicossocial.

Os quatro estatutos são definidos pela presença ou ausência de exploração e de investimento em áreas específicas: profissional, ideológica (religiosa e política),

interpessoal/sexual (atitudes sobre os papéis sexuais e sobre a participação em relações sexuais).

Relativamente às dimensões referidas, o autor apresenta a seguinte caracterização:

A **dimensão exploração** (ou crise) refere-se ao questionar ativo para tomar decisões e atingir objetivos. Um indivíduo em exploração, evidência uma atividade dirigida no sentido de recolher informação necessária à tomada de decisão; procura um conhecimento suficiente do conteúdo das alternativas existentes e das suas ramificações. Nesta dimensão são considerados três momentos: em exploração, após exploração e ausência de exploração.

Em exploração - quando o indivíduo sente necessidade de trabalhar questões referentes à sua identidade com o objetivo de tomar decisões e se empenha na análise de várias alternativas, tomando progressivamente consciência do conteúdo e implicações de cada uma. No início da exploração, a excitação, antecipação e curiosidade, caracterizam o estado emocional do sujeito. Com o decorrer da crise, este vive uma sensação de desconforto, pela indefinição dos seus objetivos e valores, que pode provocar sentimentos de frustração, intolerância, ambiguidade e ansiedade, e originar uma necessidade de resolver a indecisão o mais depressa e realisticamente possível.

A intensidade destas emoções, como é lógico, varia de indivíduo para indivíduo, podendo uma crise de identidade ocorrer inteiramente ao nível cognitivo. Dado o desconforto, há um desejo iminente de uma escolha: continuar indefinidamente na ambiguidade faz crer que as alternativas não estão a ser consideradas num sentido real e ativo. Contudo, a escolha nem sempre é viável, as respostas podem não ser encontradas e surgir então a desistência.

Após a exploração - quando o indivíduo passou por uma fase de valorização ativa de vários elementos de identidade e os ultrapassou com sucesso (se daí emergiu um firme sentido de direção para o futuro) ou com insucesso (se a tarefa foi abandonada sem ter atingido uma conclusão significativa).

Ausência de exploração - significa que o indivíduo não sente necessidade de escolher objetivos, crenças, valores e alternativas, quer porque já estão definidos por outrém e foram incondicionalmente aceites, quer por falta de estímulos que permitam encontrar e ponderar outros.

A **dimensão investimento** implica, por um lado, escolhas relativamente firmes, por outro, ações dirigidas para as implementar, tendo assim, aspetos internos e externos.

Pode estar presente ou ausente, consoante existam ou não escolhas firmes, bem como, a respetiva implementação.

Para se poder dizer que há investimento, não basta apenas a verbalização de ideias socialmente apropriadas; é preciso que haja uma influência direta na vida do indivíduo e uma preparação para papéis futuros consistentes, com objetivos e valores anteriormente definidos.

Esta dimensão, não se refere apenas ao aqui e agora, mas fornece um mecanismo de integração do passado com o presente e do presente com o futuro. Isto não significa que os vários elementos de identidade continuam imutáveis, mas que existe um sentido de continuidade e projeção no futuro.

Em função das dimensões apresentadas anteriormente, James Márcia definiu quatro modos de estar perante a tarefa da identidade, os quais são representados no quadro 4:

QUADRO 4 – Definição dos Estatutos em Função das Dimensões Exploração e Investimento

INVESTIMENTO	EXPLORAÇÃO	
	AUSENTE	PRESENTE
	AUSENTE	Moratória
	PRESENTE	Identidade Construída

Caraterizamos de seguida cada estatuto de identidade apresentados no quadro anterior:

- **Identidade Difusa** – Incluem-se neste estatuto pessoas que não têm qualquer investimento, nem passaram por qualquer período de exploração (crise), ou se algumas questões foram levantadas, não tiveram capacidade de as resolver e por isso as abandonaram.

Nestes indivíduos encontram-se diferentes padrões emocionais, desde a passividade e apatia, à agressividade não focalizada. Normalmente respondem às pressões externas pelo

caminho de menor resistência, com aceitação e rejeição das normas convencionais sem apresentar formas alternativas.

- **Identidade Outorgada** – Incluem-se neste estatuto pessoas que não passaram nem estão a passar um período de exploração, mas têm, no entanto, investimento que normalmente é o reflexo de escolhas e projetos de outras figuras significativas ou de autoridade. Os indivíduos aceitam, sem questionar o seu leque limitado de alternativas, pois procurar outras, criaria uma situação de conflito com essas figuras de identificação. Estes sujeitos, levantam barreiras à comunicação com o mundo exterior. Escolhem por defesa ou por impossibilidade, a segurança do não confronto com outras alternativas e normalmente são vistos como imperturbáveis, dogmáticos, autoritários e rígidos em relação às atitudes, e intolerantes perante as posições dos outros.

- **Moratória** – Incluem-se neste estatuto pessoas que estão a viver um período de exploração (crise) de alternativas para tomar decisões. São sensíveis, ansiosos, flexíveis, vacilantes, emocionalmente instáveis. Respondem alternadamente com otimismo e pessimismo, evidenciam frustração e incerteza.

- **Identidade Construída** – Incluem-se neste estatuto pessoas que passaram por um período de exploração e realizaram investimentos relativamente firmes, construindo a sua identidade pessoal. Estes refletem sentimentos de confiança, estabilidade, otimismo em relação ao futuro e consciência das dificuldades de implementação dos elementos de identidade escolhidos.

De acordo com Costa (1990; 1991), os vários estudos realizados com o objetivo de analisar o desenvolvimento dos estatutos da identidade, constataram que nos níveis etários e de escolaridade mais baixos (13-14 anos), os estatutos de “*identidade difusa*” e de “*identidade outorgada*” são mais frequentes. Com o evoluir da idade e escolaridade, a frequência destes estatutos diminui e aumenta o número de sujeitos que constroem a sua identidade ou estão num período de exploração.

Costa (1990; 1991) ao refletir sobre a teoria de James Marcia analisou a hipótese de existir um certo paralelismo entre os estatutos da identidade e o ciclo de vida. Assim, a autora considera que até à infância todo o indivíduo terá uma “*identidade Difusa*”, na medida em que não há qualquer delinear de objetivos, valores ou crenças, em algum domínio significativo para a autodefinição. Gradualmente os conhecimentos vão

aumentando no que concerne a diferentes alternativas e uma seleção começa a desenvolver-se. Por exemplo, uma criança é capaz de ter conhecimentos de diferentes papéis profissionais, ainda que limitados, e de antecipar uma ideia de um papel futuro. Na área religiosa, por exemplo, a criança começa desde muito cedo a incorporar as crenças dos pais, que dificilmente consegue pôr em causa. É com este tipo de investimentos outorgados que a criança entra na adolescência.

Apesar da importância que a sociedade e a família têm na prescrição de escolhas profissionais e ideológicas, o desenvolvimento da identidade é mais baseado num processo de (re)síntese do “Eu” do que na soma das influências da infância. Pode existir uma identidade e no entanto não ter sido construída. O indivíduo torna-se progressivamente mais consciente da sua posição no mundo, percebe-se inicialmente como separado da mãe, como o filho de determinados pais, possuidor de certas competências e necessidades, aluno de uma escola, membro de uma religião...

A construção da identidade só tem início quando o indivíduo é capaz de tomar decisões acerca do que quer ser, em que grupo quer estar inserido, em que acreditar, que valores definir, que direção profissional seguir. Neste contexto, a maioria dos indivíduos tem uma identidade, mas não tem uma identidade autoconstruída.

Embora os percursos da identidade existam nos estádios de desenvolvimento anteriores, a adolescência é o ponto fulcral e talvez o período crítico para a formação plena da primeira (não a última) configuração da identidade.

Frequentemente, o período da adolescência é dividido em três partes: início, meio e juventude.

O início da adolescência (12-16 anos) é caracterizado por uma (des)estruturação provocada por mudanças em diferentes domínios: fisiológico, sexual, cognitivo, moral e social. Para uns, este período é vivenciado com excitação, confusão, intensidade e dificuldade; para outros, é um processo mais calmo. A intensidade desta vivência está, provavelmente, relacionada com as características das múltiplas mudanças que ocorrem em simultâneo com o desenvolvimento anterior e com o apoio que o adolescente tem do exterior. É neste período de (des)estruturação que surge a oportunidade de reconsiderar os valores e as identificações da infância. Alguns adolescentes, neste período, são já capazes de exploração e experimentação; pressões dos pais ou “rituais de passagem” impedem

contudo essa exploração e experimentação e, outorgam-lhe uma identidade (“*identidade outorgada*”), ou não lhe oferecem nada perdendo o adolescente completamente a direção (“*identidade difusa*”).

O período médio da adolescência (15-19 anos) é um período de (re)estruturação e de (re)integração dos aspectos da personalidade desintegradas no período anterior, em que surge a primeira configuração de identidade. Em relação a qualquer domínio da identidade, o adolescente possui agora um conhecimento maior e mais realista. Embora o acesso a alternativas, assim como a sua implementação, seja ainda limitado por restrições familiares e comunitárias, alguns adolescentes fazem já investimentos firmes e autodeterminados (“*identidade construída*”). Aquelas restrições são regras pré-estabelecidas do que é, ou não, apropriado à idade. São as expectativas e os pedidos implícitos e explícitos que levam muitos adolescentes a um seguidismo acrítico por medo de perder a estima dos outros (“*identidade outorgada*”). Outros adolescentes permanecem (des)estruturados e sem direção não sentindo necessidade de autodefinição (“*identidade difusa*”).

A juventude (18-22 anos) é considerada o período por excelência de consolidação da identidade inicial. O jovem, particularmente o que frequenta o Ensino Superior, encontra um contexto facilitador de exploração e experimentação, é confrontado com uma informação mais diversificada, sofre menos pressões sociais porque, e não só, muitas vezes está longe dos pais e, portanto, da sua influência direta. Neste contexto, há indivíduos capazes de explorar (“*moratória*”) e de tomar decisões em domínios significativos da identidade (“*identidade construída*”), enquanto outros permanecem vinculados às expectativas parenterais (“*outorgada*”) ou sem direção (“*identidade difusa*”).

O tipo de resposta encontrada, que permita abertura à exploração vai dar início a períodos subsequentes de desequilíbrio, crises de identidade e de resolução. Por outras palavras, o indivíduo com “*identidade construída*” na juventude deverá garantir um ciclo: *Moratória – Identidade construída* (achievement) – *Moratória – Identidade construída* (achievement) (MAMA) (Costa, 1990; 1991).

Vários autores se têm debruçado sobre o processo em termos de movimento de um estatuto para outro. Esta linha de raciocínio está ligada à ideia de que os estatutos podem ser ordenados num contínuo desde “*identidade difusa*” até “*identidade construída*” passando por “*identidade outorgada*” e por “*moratória*”. Este contínuo representa

diferenças ao nível do desenvolvimento do “Eu” e, portanto, a passagem de níveis baixos (“*identidade difusa*” e “*identidade outorgada*”) para níveis elevados (“*moratória*” e “*identidade construída*”) pode ser interpretada como um progressivo desenvolvimento.

De qualquer forma, independentemente do critério utilizado, os estatutos não são produtos estáticos, mas estão em contínua mudança, o que aliás tem sido demonstrado através de diferentes estudos nomeadamente os realizados por Kroger, Martinussen & Marcia (2010), Waterman (2007), Berzonsky (2000), entre outros.

Atualmente tem sido questionada a ideia de que os estatutos definem um contínuo em que o estatuto de “*identidade construída*” seria o ponto mais alto e, portanto, o ideal. De facto, a questão é complexa, na medida em que Marcia nas primeiras publicações (1966; 1967) referia essa continuidade, o que já não acontece em publicações mais recentes (1980; 1986; 1989; 2001; 2002), Kroger et al (2010). Quando Marcia refere, em diferentes artigos e comunicações, que não podemos considerar que ter “*identidade construída*” é melhor do que “*outorgada*”, mas que podemos apenas dizer que são formas, estilos diferentes de lidar com a identidade, parece claro que não considera os estatutos de identidade como um contínuo do mais fraco para o mais forte.

Se de um contínuo ou de um processo linear se tratasse, não seria possível a passagem do estatuto de “*identidade construída*” ao estatuto “*moratória*” sem que isso fosse considerado regressão. A tendência simplista de considerar o estatuto de “*identidade construída*” como o “melhor” leva a interpretações erradas, de que só uma minoria pode atingir este nível.

Não atingir os estatutos de “*moratória*” e/ou “*identidade construída*” na juventude, não quer dizer necessariamente que, a identidade não será jamais construída (Marcia, 1980; 1986; Kroger et al 2010; Costa, 1990; 1991). Há inúmeros acontecimentos ao longo do ciclo vital que podem produzir uma crise de identidade. Contudo, quanto mais avançado na idade, mais difícil é sair da posição de “*identidade outorgada*”, na medida em que não há muito apoio social para uma crise de identidade aos 40 anos, em que o indivíduo tem de ter em conta as condições internas (estima de si próprio) e as condições externas (expectativas sociais de como o indivíduo se deverá comportar e ser).

A possibilidade de construção da identidade também existe para o indivíduo em “*identidade difusa*”, especialmente se encontra uma relação que lhe forneça os apoios de

autoafirmação que estiveram ausentes na relação com os pais. No entanto, será mais uma “*identidade outorgada*” do que uma “*identidade construída*”, isto é, alguém com “*identidade difusa*” na juventude poderá ser um indivíduo com uma “*identidade outorgada*” num período mais tardio.

Costa (1990; 1991), que desenvolveu um estudo com estudantes a frequentar o 2º ano de diferentes Cursos na Universidade do Porto, constatou que os estatutos mais frequentes foram os de “*identidade construída*” ou em “*moratória*”, embora tenha identificado também, uma grande percentagem de indivíduos com uma “*identidade outorgada*”.

4 - IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

A profissão de enfermagem, atendendo ao seu percurso socio-histórico e considerando a evolução do mundo atual, tem vindo a caminhar para a autonomia e para uma identidade própria.

Em busca de um corpo de conhecimentos que a definam, a enfermagem tem vindo a estruturar-se e a reestruturar as suas práticas atendendo a uma área de atuação específica - o Cuidar.

A conceção do Cuidar tem sido determinante na construção das identidades dos enfermeiros, já que implica uma nova visão da profissão, que a formação procura acompanhar. O Curso de Licenciatura em Enfermagem apresenta-se assim como uma etapa propícia para o desenvolvimento das dinâmicas identitárias dos sujeitos em formação, uma vez que favorece a sua integração numa cultura profissional e é responsável pela transmissão de saberes especializados.

4.1 – PROCESSOS DE CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA

A problemática das identidades remonta ao pensamento grego, quando Platão e Aristóteles afirmavam a oposição entre o “*ser*” e o “*não ser*”, distinguindo-os pelos diferentes espaços e tempos que ocupavam (Lemos, 2008). Apesar de esta questão ter origem na filosofia, é a partir do século XX, que a identidade começa a ser discutida pela psicologia.

Como vimos no capítulo anterior, os trabalhos de Erikson (1976; 1983), na linha psicanalista, mostram a existência de uma identidade psicossocial, situada na interseção de um leque vasto de identificações que podem ou não ser idênticas às dos indivíduos que lhes deram origem. Para este autor a identidade é uma conquista que se faz através de um processo reflexivo de observação e comparação com os outros.

Como foi já referido, Erikson considerou que o indivíduo atravessa, ao longo do ciclo vital, uma série de conflitos identitários, considerando tratar-se de momentos de moratória. Apesar de todos os trabalhos posteriormente desenvolvidos, na atualidade, a

temática das identidades continua a ser considerada como problemática, devido à complexidade que encerra. As diferentes perspetivas de abordagem, por vezes mesmo contraditórias, contribuem para o seu próprio estudo, por fazerem realçar o seu carácter multidimensional.

Para Vieira (2009), o estudo da identidade exige uma abordagem transversal e triangulada entre a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia. Em alguns destes casos, emerge uma conceção essencialista de identidade, associada a uma precipitada psicologização de processos. Na mesma lógica, Lipiansky (1998) apesar de considerar que a noção da identidade está intimamente ligada à psicologia social, também reconhece que este conceito tem origem em diferentes domínios do conhecimento como a Antropologia, a Etnopsicologia, a Psicanálise ou a Filosofia.

Através da antropologia, com Margareth Mead e Ruth Benedict, surgiram contributos para o entendimento da identidade, associando-a à influência de uma determinada cultura. De acordo com a psicologia social, a identidade está associada a um sentimento de pertença.

O conceito de identidade para a sociologia qualifica-se como uma forma de força interiorizada que traduz ao mesmo tempo, um *“movimento de diferenciação”* face ao exterior. Pelo que, não pode senão *“assumir e reforçar a vocação eminentemente relacional (portanto não essencialista), que ela já tem (ou também tem) no quadro problemático da psicologia”* (Madureira Pinto, 1991: 218).

De acordo com a perspetiva sociológica, o conceito de identidade centra-se no sujeito como indivíduo social, valoriza os contextos e as interações, e integra a articulação do sujeito psicológico com o social. Nesta abordagem, inerente ao conceito de identidade, está o processo de socialização de cada indivíduo.

A socialização consiste num processo de formação do indivíduo que se estende ao longo da sua história de vida e comporta roturas e continuidades. Ela resulta de um conjunto de múltiplas relações sociais entre instituições e agentes sociais. São exemplo de instâncias socializadoras, a família, a escola, o grupo de amigos, o trabalho, entre outros. Estas instâncias socializadoras, que se encontram em inter-relação entre si, conduzem ao desenvolvimento das identidades pessoais e sociais dos indivíduos. Ou seja, as instâncias que se encontram na base da socialização (família, escola, ...) são continuamente

confrontadas com os valores, gostos, modos de pensar e agir de outros grupos sociais, entre os quais, o grupo profissional (Pedro, 2011).

A socialização pode ser entendida como a aquisição de um código simbólico que resulta de transações entre o indivíduo e a sociedade (Dubar, 1997). Para o autor referido, a socialização é o processo pelo qual um ser humano desenvolve as suas formas de estar no mundo e de se relacionar com as pessoas e com o meio que as rodeia, tornando-se num ser social. Considera que a socialização não tem um carácter rígido de estrutura que não se transforma, mas antes, traduz um processo dinâmico que constrói, desconstrói e reconstrói as identidades.

De acordo com Pedro (2011), sustentando-se Parsons (1937), a socialização baseia-se numa conceção funcional do sistema social. Considera que o sistema social se constrói a partir de quatro imperativos funcionais:

- função de estabilidade normativa - que assegura a articulação do sistema social com o sistema cultural, garantindo a ligação entre os valores culturais e as normas que regulam a ação;

- função de integração - em que o sistema social deve assegurar a coordenação necessária entre os atores, membros do sistema;

- função de persecução dos objetivos - em que o sistema social deve permitir a definição e a realização dos objetivos da ação;

- função de adaptação - que assegura a articulação do sistema social com o organismo, controlando a adequação dos meios aos objetivos da ação (Pedro, 2011).

A socialização consiste num processo através do qual os diferentes membros da sociedade aprendem o modo de vida do meio em que vivem (Giddens, 2004). A socialização é assim encarada como a integração do indivíduo na sociedade e na transmissão da cultura através do tempo e das gerações. Este conceito realça as mutações que a socialização provoca no ser humano, conduzindo a uma constante aprendizagem. De acordo com Giddens (2004) a socialização ocorre por duas fases:

- a socialização primária – a qual decorre durante a infância e constitui o período mais intenso de aprendizagem cultural. É a altura em que a criança começa a falar e

aprende os mais básicos padrões comportamentais. A família é, nesta fase, o principal agente de socialização;

- a socialização secundária - decorre até à fase adulta e corresponde ao momento em que surgem outros elementos de socialização, tais como: a escola, os grupos de pares, instituições, os meios de comunicação social, o local de trabalho. Nestes contextos, as interações sociais ajudam as pessoas a aprender as normas, valores e crenças, que constituem os padrões da sua cultura.

Tendo em conta que cada indivíduo possui um Eu e que se encontra inserido em determinado contexto social, a construção identitária deve centrar-se numa visão psicossocial e ser transversal a todo o ciclo vital. Pelo que é de privilegiar uma abordagem centrada na relação entre processos psicológicos e sociais.

O conceito de identidade social implica o ser aceite por si próprio e o reconhecimento de si pelos outros; abrange todo o ambiente social e humano, e pressupõe um sentimento de permanência e continuidade.

Morley (1982), citado por Abreu (2001), define a identidade social como a imagem social que o sujeito tem de si, enquanto profissional e elemento de um grupo social, com quem interage e com quem mantém relações de dupla influência no processo sócio histórico da profissão de enfermagem.

Já para Madureira Pinto (1991) a produção de identidades implica um duplo processo. Um pelo qual os atores sociais se integram em conjuntos mais vastos, de pertença ou de referência, ao qual ele designa de identificação; e um outro, no qual os agentes tendem a automatizar-se e diferenciar-se socialmente distanciando-se em relação aos outros, delimitando fronteiras, mais ou menos rígidas, e que neste caso, designa por identização.

Os processos de identificação e identização têm como suporte grupos sucessivamente mais alargados. A identidade constrói-se segundo um duplo movimento de extensão crescente, onde o indivíduo adquire consciência de si, por diferenciação com os outros, e assimilação nos seus quadros cognitivos.

A este propósito Madureira Pinto refere:

"É importante não perder nunca de vista que as identidades (...) se constroem por integração e diferenciação, com e contra, por inclusão e exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção clássicas e estatutárias, e que todo este processo, feito de complementaridade, contradições e lutas, não pode senão conduzir, numa lógica de jogos de espelhos, a identidades impuras, sincréticas e ambivalentes" (Madureira Pinto, 1991: 219).

O contexto social em que o indivíduo se insere marca a sua identidade. Paralelamente a identidade de cada sujeito influencia também o contexto social. Assim, a definição de identidade decorre da intercomunicabilidade entre o homem e a sociedade, tornando-se os dois, produtos da influência deste processo.

De acordo com Dubar (1997) a identidade não será nunca possuída, ela é constantemente construída e reconstruída dentro de uma contínua incerteza. Neste sentido, as identidades constituem certamente o "produto de um passado" em permanente transformação no presente. Mas porque elas são o resultado de aspirações expectativas das vidas, elas são também "produtoras de um futuro".

O autor referido, apoiando-se na perspectiva psicanalista, extravasa-a quando refere o carácter instável da identidade. Todavia não se baseia numa identidade atribuída, mas construída e reconstruída, num processo de maior ou menor incerteza, de maior ou menor duração temporal. Dubar (1997) aponta seis perspectivas diferentes:

- na perspetiva interacionista – o autor descreve a identidade como um produto em interação. O indivíduo desdobra-se no Eu que se afirma e no Eu reconhecido pelo Outro. O ator apropria-se do mundo social e identifica-se com os papéis a desempenhar. É uma visão dinâmica em construção.

- na perspetiva psicanalítica – realça a visão de Erikson nos processos de articulação de identidade para si e identidade para o outro, nomeadamente a consideração individual e a comparação social, a visão pessoal e os modelos culturais, o consciente e o inconsciente, o objetivo e o subjetivo, o individual e o coletivo (Costa, 1990; 1991).

- na perspetiva fenomenológica – inclui a compreensão e descrição das configurações identitárias subjetivas, tal como são percebidas pelos indivíduos.

- na perspetiva culturalista – põe em destaque o facto da socialização ser entendida como incorporação progressiva de uma cultura, de geração em geração.

- na perspetiva funcionalista – em que todos os atores são portadores do social, o autor contraria a generalização absoluta e valoriza a ideia de grupo de referência, grupo de pertença, socialização antecipatória e frustração relativa.

- na perspetiva sociológica – a identidade é entendida como um conceito dinâmico abrangente reformulando a dialética indivíduo/sociedade. Verifica-se que a identidade se constrói pela trajetória de vida do sujeito e não só por este pertencer a um grupo. É através dos processos sociais que se constrói a identidade, que se vai reformulando pelas interações sociais. As estruturas como a família, as escolas, as organizações, assim como os seus funcionamentos intrínsecos, condicionam esses processos (Correia, 2004).

Ainda de acordo com Dubar (1997), a aquisição da identidade passa por dois processos complementares:

1º Atribuição de identidade – A instituição "incute" no indivíduo uma determinada identidade. Consiste num processo de "etiquetagem" a que Goffman (1983) designa de identidade social virtual.

2º Incorporação de identidade – O indivíduo "adquire" essa identidade. Neste caso Goffman (1983) designa de identidade social real.

Goffman (1983) distingue conceptualmente identidade social, identidade pessoal e identidade do Eu ou identidade sentida. A identidade social é o resultado da interação entre os atributos pessoais, estruturais e o contexto social. Na prática nem sempre há correspondência entre identidade social virtual e identidade social real. A aproximação entre as duas vai depender da identidade hereditária (adquirida através da geração antecedente) e a identidade pretendida (objetivo de vida pessoal). Esta transação é subjetiva e constitui um mecanismo de socialização. As estratégias identitárias podem nunca estar em equilíbrio.

Dubar (1997) realça o facto de os sociólogos entenderem a identidade como um sinal de pertença dos sujeitos a um grupo ou categoria social, que lhes permite identificarem-se eles próprios perante os outros, e também serem identificados pelos outros. O autor realça

a dependência das representações dos grupos, no sentido em que vários grupos determinam várias identidades.

O referido autor acrescenta que a pertença ao grupo está diretamente relacionada com a avaliação positiva que o sujeito faz desse grupo. Entram aqui em jogo os processos de categorização social e identidade social, uma vez que o sentimento de pertença a um grupo depende do significado emocional e avaliativo, determinando o favoritismo de um grupo em detrimento de outro (Henriques, 2002).

A identidade social está assim associada ao autoconceito que o indivíduo possui e deriva do seu sentimento de pertença aos grupos sociais e de categorização social, ou seja, do sistema de orientação que permite definir o lugar do indivíduo na sociedade onde é reconhecida a sua identidade.

A categorização toma assim um lugar de destaque, uma vez que determina o processo de aceitação de elementos pertencentes a uma mesma categoria. Os estereótipos que os sujeitos constroem em relação aos grupos, definem critérios de categorização através dos quais os elementos são percebidos de forma semelhante. Neste contexto, e mantendo presente a necessidade de aceitação por parte dos outros, os indivíduos desenvolvem estratégias individuais e coletivas orientadas para uma identidade positiva (Henriques, 2002).

A relação entre identidade e processos sociais é também desenvolvida por Berger & Luckmann (1994). De acordo com os autores, a identidade é uma construção social, afetada tanto por variáveis culturais como pela interação quotidiana entre os atores sociais. Surge do cruzamento entre a ação do indivíduo e a sua conceção do mundo, grande parte influenciada por um processo de tipificação que permite orientar e reconhecer comportamentos.

A identidade social é de acordo com esta perspetiva, encarada como um somatório das identificações sociais que estruturam a definição de si próprio. É construída na relação com o contexto social envolvente.

Verificamos, ao longo deste subcapítulo, que a socialização e o processo de construção da identidade social estão em estreita relação. Através da socialização o indivíduo incorpora e reconhece os referenciais identitários que lhe permitem manter uma

posição relativamente estável num processo contínuo de atividade social de múltiplos relacionamentos e pertenças, historicamente determinadas.

A noção de identidade, embora enquadre o indivíduo como ser social, não dispensa o Eu psicológico na compreensão dos processos que lhe estão inerentes e que traduzem o envolvimento do sujeito no seio dos grupos sociais e sua identificação aos mesmos, atendendo à representação que constroem não só de si e do seu papel nos grupos, como também em relação ao próprio grupo, à construção de uma identidade positiva e à influência que os membros estabelecem na identificação a uma cultura e na construção da própria cultura do grupo.

4.2 – IDENTIDADE PARA SI E IDENTIDADE PARA O OUTRO

Cada indivíduo dispõe sucessiva ou simultaneamente de múltiplas identidades, cuja operacionalização depende do contexto social em que se encontra (Lipiansky, 1998). Na mesma linha de pensamento, Goffman (1993) defende que os indivíduos mobilizam de modo continuado múltiplas identidades que vão usando, estrategicamente, como modo de sobrevivência.

Para Sedikides & Strube (1997), compreender a organização do “si” implica, analisar as motivações do indivíduo e a forma como este mobiliza as informações sobre si. Os autores identificam quatro dimensões:

- A motivação para “a valorização de si” - que corresponde ao desejo que os indivíduos têm de estabelecer e manter uma imagem positiva de si mesmos, e que se traduz pelo tratamento seletivo e enviesado dos dados resultantes dos seus desempenhos individuais e sociais.

- A motivação para a “verificação de si” – que consiste no esforço de manutenção de uma imagem relativamente estável e coerente no espaço e no tempo, confirmando e credibilizando representações positivas de si.

- A motivação para a “avaliação de si” – que consiste na procura rigorosa de um conhecimento e de uma informação sobre si.

- A motivação para a “melhoria de si” – que consiste no esforço de construção de uma imagem mais positiva de si, bem como, a melhoria dos seus desempenhos ou do seu bem-estar.

Conforme tem sido referido ao longo deste trabalho, a identidade caracteriza-se por um conjunto de adaptações constantes, resultantes das interações com o meio. As múltiplas identidades podem ser inclusivamente contraditórias entre si, impelindo o indivíduo para diferentes lógicas de ação.

Para Dubar ao falar-se de identidade, torna-se imprescindível abordar a dualidade inerente a que se refere à identidade para si e para o outro. Neste sentido, a identidade é vista numa lógica de articulação entre a identidade para si e o reconhecimento de si por parte dos outros. Isto conduz-nos ao campo de incertezas que rodeiam todo o processo “*a identidade nunca é dada, é sempre construída e (re) construída numa incerteza maior ou menor e mais ou menos durável*” (1997: 104).

A relação de que fala Dubar entre a identidade para si e a identidade para o outro é uma problemática que está no centro do processo de socialização. É neste contexto que o autor refere que “*a identidade não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural dos diversos processos de socialização que, em conjunto constroem os indivíduos e definem as instituições*” (1997: 105). Esta ideia inclui na problemática da construção da identidade e dimensão subjetiva, o vivido e a dimensão psíquica no âmbito da perspetiva sociológica. Neste quadro, torna-se evidente que a perspetiva sociológica das identidades não abandona a perspetiva psicológica. Referimo-nos aos processos individuais de socialização, e neste âmbito, evidencia-se a importância da imagem que o sujeito tem de si e a que pretende transmitir aos outros, o que segundo o autor, não deixa de incluir os processos identitários que se relacionam, mas que são heterogêneos e denomina-os por ato de atribuição (identidade para o outro) e ato de pertença (identidade para si) que resultam da relação com os outros ou com instituições, com base num objetivo ou necessidade que é individual.

Das estratégias identitárias fazem parte as transações externas entre o indivíduo e os outros significativos, e as transações internas ao indivíduo, nas quais procura, por um lado, preservar a identidade anterior, e por outro lado, construir novas identidades visando o futuro, assimilando assim a identidade para o outro e a identidade para si.

Portanto, a construção identitária é analisada, segundo as perspectivas sociológicas, não só tendo por base a relação do sujeito com os outros, relação entre as identidades visadas em continuidade ou rotura com as identidades precedentes, mas também, através da articulação entre os sistemas de ação que propõem identidades virtuais.

Dubar fala-nos também de processo identitário biográfico referindo-se à

“dualidade entre a nossa identidade para o outro conferida e da nossa identidade para si construída, mas também entre a nossa identidade social herdada e a nossa identidade escolar visada, nasce um campo de possibilidades, onde se desenrolam desde a infância à adolescência e ao longo de toda a vida as nossas estratégias identitárias” (1997: 113).

O processo identitário biográfico refere-se portanto, ao vivido pelo sujeito ao longo da vida, atendendo às influências dos diversos contextos e às estratégias por ele desencadeadas dando resposta aos confrontos face a situações novas, para se sentir inserido em grupos e ser aceite pelos mesmos.

A relação com os outros e as representações desenvolvidas conduzem-nos para uma explicação de construção da identidade profissional centrada nas relações de trabalho, onde o sujeito encontra oportunidade de viver confrontos e desenvolver desejos, de ser reconhecido em contextos que se apresentem complexos.

O autor supra referenciado valoriza ainda o processo identitário relacional. Aqui a ênfase é colocada na natureza das relações de poder num espaço de reconhecimento identitário, onde toma uma posição de destaque o lugar que o indivíduo ocupa e o seu grupo de pertença. Assim a construção identitária é explicada no quadro das identidades associadas a saberes e competências profissionais e a imagem de si que os sujeitos pretendem transmitir no campo do sistema de ação.

Nesta linha de pensamento, as noções de identidade para si e para o outro estão relacionadas de uma forma problemática, já que pode excluir o reconhecimento de si pelo outro e também, porque as experiências de cada sujeito não são vividas pelo outro, o que pressupõe que haja comunicação entre ambos para que seja perceptível a identidade que o outro lhe atribui. Apresenta-se assim um campo caracterizado por incertezas.

4.3 – IDENTIDADE, FORMAÇÃO E TRABALHO EM ENFERMAGEM

No quadro teórico por nós mobilizado neste capítulo, é central o conceito de identidade e, particularmente, a sua contextualização na dinâmica de socialização. Como vimos, a abordagem sociológica das identidades considera o indivíduo inserido em grupos sociais. Esta perspectiva dirige-se também para o mundo do trabalho e para o sujeito enquanto ator social e responsável pelo seu desenvolvimento identitário ao longo da vida (Dubar, 1997).

Neste subcapítulo, adotamos como eixo central de reflexão, as questões relativas à formação em articulação com o campo de trabalho e a sua incidência e relevância na construção de identidade(s), nomeadamente profissionais.

De acordo com uma visão histórica, no final do século XIX, a formação era encarada como uma antecipação ao mundo do trabalho. O campo da formação e o campo do trabalho constituíam uma relação dicotómica. *“Quem pertencia ao primeiro estava dispensado do segundo, quem pertencia ao segundo estava excluído do primeiro”* (Santos, 1989: 20). Atualmente formação e trabalho são conceitos dinâmicos e interdependentes um do outro. Eles emergem como significativos de um processo permanente de autotransformação dos indivíduos, resultante das suas histórias de vida, das suas aprendizagens e das reconstruções das vivências individuais e sociais.

O campo da formação e o campo do trabalho encontram-se fortemente articulados e intrínsecos. A eles associados, estão questões como o currículo, nomeadamente o conhecimento e as experiências significativas que o mesmo promove, bem como, aspetos organizacionais dos contextos de trabalho.

A formação destina-se a preparar os indivíduos para o mundo do trabalho onde, os sujeitos, independentemente da singularidade de cada um, desenvolvem competências adquiridas. Abre espaço a processos de socialização secundária e a trajetórias identitárias definidoras de uma identidade profissional.

Le Boterf (2005) salienta o papel da formação na construção da identidade profissional, na medida em que a formação permite uma reflexividade acerca da trajetória individual, consciencializando para os pontos fracos e pontos fortes do percurso e, ajudando a estabelecer um sentido de projeto profissional.

A formação caracteriza-se pela integração dos espaços de trabalho e de formação em contexto escolar e por uma lógica interativa de construção e mobilização de saberes com a implicação do indivíduo no seu todo (Abreu, 2001). E acrescenta Sousa (1996), que todo o sistema de formação que intrinsecamente intervém na situação educativa de cada indivíduo vai interferir na construção das identidades ao longo do seu percurso de vida como pessoa e como profissional.

Para Sainsaulieu (1985; 1993; 1997) o trabalho, e o sentimento que lhe é atribuído, constitui um elemento essencial no desenvolvimento da identidade individual e social da pessoa. O mesmo autor defende ainda que o trabalho favorece fenómenos identitários, onde são colocados em jogo diversos processos de acesso à identidade em função dos meios que se dispõem para gerir o conflito, que a ele está associado. O trabalho abre assim a possibilidade de desenvolvimento da identidade, através do universo de relações, no qual os sujeitos reagem individualmente, e que conduz a identidades diversificadas.

Estando os atores sociais em constante interação com os contextos e com os outros - os pares - a experiência do trabalho pode tornar-se criadora de uma cultura profissional. Cada organização, através das normas, valores, ideologias e aspetos culturais, define e condiciona o acesso do sujeito à sua identidade.

Por sua vez, *“O «trabalho» que cada pessoa exerce é um elemento central na definição do eu individual e social que identifica uma pessoa”* (Silva, 2005: 113). De acordo com esta perspetiva, o trabalho influencia na construção da autoimagem e da imagem social (identidade para si e identidade para os outros) e permite o reconhecimento social. *“Ter uma profissão é permitir-se apresentar-se a si próprio e ao outro de maneira socialmente reconhecida, ser uma pessoa valorizada socialmente, é ser um profissional, um membro de uma profissão”* (Ibidem, 2005: 113).

É através do trabalho que os indivíduos constroem as suas trajetórias profissionais, nas quais se configuram as suas identidades. O campo de trabalho constitui um importante indicador para a compreensão do modo como os indivíduos se mobilizam e se apropriam dele e assim (re)elaboram e (re)constroem a sua identidade profissional.

O contexto de trabalho é um lugar essencial para que os atores se coloquem à prova e de revelação da sua identidade. Neste sentido, o contexto de trabalho é, não apenas um

importante lugar de produção de saberes, mas também de reconhecimento dos mesmos, reconhecimento que é essencial na construção identitária dos sujeitos (Silva, 2005).

As relações entre identidade, formação e trabalho são amplamente partilhadas por diversos autores entre os quais, Sainsaulieu (1985; 1997), Dubar (1997; 2000), e Abreu (2001). Estas relações decorrem de um conjunto de fatores, nomeadamente, os novos modelos de organização do trabalho e de gestão dos recursos humanos, a contingência do mercado de trabalho e a sua precarização, a democratização da educação e o alargamento do período de ensino-formação – que culmina na necessidade de uma aprendizagem ao longo de toda a vida e no modelo educativo do sujeito em formação (Dubar, 2000).

Estes fatores, cuja incidência progressiva se vem acentuando desde a década de 80, articulam-se, como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, com a *“proliferação das palavras «saber», «saber-fazer» e «competência» em diversificadas publicações (científicas, gestionárias ou políticas), desde o início daquela década”* (Silva, 2005: 262).

Como sabemos, devido aos novos modelos organizacionais e gestão de recursos humanos, o mercado de trabalho tem uma mão-de-obra excedentária. Dubar (2000), defende tratar-se de um fenómeno perigoso na medida em que influencia nas trajetórias biográficas dos indivíduos.

Na última década, e no caso específico dos enfermeiros, a integração profissional é caracterizada pela incerteza no que respeita ao acesso a um emprego estável. O diploma que estes detêm não lhes permite uma trajetória profissional relativamente congruente com as expectativas de formação. É cada vez mais perceptível um cenário de precarização relativamente ao trabalho em enfermagem, com um forte impacto em termos de desemprego, empregos precários (nomeadamente estágios não remunerados, baixos salários e contratos a termo), ou seja, uma temível prova identitária que constitui a exclusão, ou quase exclusão do emprego (Dubar, 2000).

À partida, a formação em enfermagem, não assegura necessariamente uma situação ou relação direta ao nível do trabalho, uma vez que a oferta de formação é inversamente proporcional à oferta de trabalho.

O trabalho é por isso encarado com um conjunto de incertezas, inseguranças, o qual produz nos indivíduos um sentimento de desapropriação, que culmina na incapacidade de se criarem projetos de vida quer pessoais quer profissionais.

A grande maioria dos recém-formados não consegue aceder ao mercado interno de trabalho, aquele que mais favorável se tornaria à sua integração e socialização profissional, na medida em que estaria mais próximo da sua formação inicial.

A impossibilidade de ter um trabalho estável, um dos elementos mais importantes na construção da identidade profissional e pessoal (Dubar, 1997), conduz a que os indivíduos vivenciem relações sociais de trabalho de uma forma pouco afetiva. Assim, o desenvolvimento da identidade através do trabalho encontra-se “*configurada entre os atos de atribuição*” e os “*atos de pertença*”, face à qual os indivíduos desenvolvem estratégias diversificadas. São estratégias que se tecem entre tensões e alianças com a organização, com o trabalho e com a própria biografia (Silva, 2005: 165).

Dado o elevado desemprego e/ou vínculo profissional precário, a emigração torna-se uma alternativa para um número significativo de profissionais de enfermagem. Assim, a compreensão das trajetórias profissionais (e da mobilidade no emprego) deve incorporar, não apenas as questões relativas à análise de trabalho, mas também à análise dos mercados de trabalho e às lógicas subjacentes ao seu funcionamento (Dubar, 1997; 2000; Silva, 2005).

São vários os autores que se têm dedicado ao estudo da construção da identidade profissional dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, demonstrando a relação inequívoca entre identidade, formação e trabalho. Apoiados na revisão da literatura por nós efetuada, apresentamos de seguida alguns dos mesmos.

Antunes (2004), num estudo por si desenvolvido, verificou que as mutações ocorridas na identidade dos estudantes em formação têm relevância fulcral na transição para a vida adulta e para o mundo do trabalho. O referido autor levou a cabo uma investigação acerca dos processos de construção da identidade dos profissionais de enfermagem partindo das experiências realizadas no ensino clínico, para perceber, de que forma a socialização escolar havia sido estruturante. Concluiu que o percurso académico permitiu a apropriação de valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações destes com a sociedade em geral. Considerou que o percurso académico dos enfermeiros tem um duplo efeito de facilitar a adaptação ao mundo do trabalho, uma vez que o ensino clínico constitui um tempo de moratória e simultaneamente de contribuição para a coesão do grupo profissional. O ensino clínico é entendido como a

melhor forma de permitir a interiorização e operacionalização do saber profissional, que é tanto teórico como prático.

Baldwin, Mills, Birks, & Budden (2014) defendem que nas últimas décadas têm surgido intensos debates sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de enfermagem. No seu estudo os autores questionam qual a verdadeira influência da formação escolar e das práticas clínicas sobre os comportamentos profissionais, e em que medida os estudantes conseguem fazer a mobilização teoria/prática clínica. Apoiados nas bases de dados existentes, efetuaram uma seleção de 33 artigos a partir do ano 2000. Concluíram que existe um forte desequilíbrio entre estes dois contextos. Verificaram que os estudantes desenvolvem a sua identidade profissional, fundamentalmente, através dos contextos de trabalho em desfavor do contexto académico. Apoiados em Baxter (2007), defendem o modelo de supervisão clínica. Consideram que este modelo integra comunicação, colaboração, aplicação, reflexão e avaliação. Referem que Baxter defende que a cultura académica deve incluir como foco de aprendizagem a articulação com a prática. Por sua vez, a formação clínica deve, para além de se centrar no atendimento ao utente, incluir a mobilização da componente teórica.

Iacobucci, Daly, Lindell, & Griffin (2013) debruçaram-se sobre o estudo do desenvolvimento das competências ético-morais nos estudantes de enfermagem. Tratou-se de um estudo descritivo correlacional onde exploraram a relação entre os valores de enfermagem, autoestima e tomada de decisão ética nos estudantes da formação inicial. A população era composta por 47 estudantes de um curso de enfermagem nos EUA. Verificaram existir uma relação significativa ($p \leq 0,05$) para os valores profissionais e níveis de autoestima. Estes resultados foram considerados úteis para os profissionais de enfermagem, cujos esforços estão concentrados em promover o desenvolvimento da identidade profissional e comportamentos éticos competentes nos futuros enfermeiros.

Oner Altıok & Ustun (2013) desenvolveram um estudo no sentido de determinar os fatores de stresse nos estudantes de enfermagem em contexto clínico. Apoiaram-se nas metodologias qualitativas e efetuaram entrevistas a 15 estudantes de enfermagem. Foram encontrados como causadores de stresse os seguintes fatores: relação com o supervisor, enfermeiros e contexto, vida social do estudante, experiência universitária, atitude familiar, e por último, ao nível da vida pessoal, surge a autoestima, a incapacidade de lidar com as

emoções, gestão do erro e conceitos com ele relacionados. Os autores propõem um maior investimento na formação, de forma a ajudar os estudantes a desenvolver a sua personalidade.

Wan Chik, Salamonson, Everett, Ramjan, Attwood, Weaver, &... Davidson, (2012) desenvolveram um estudo no sentido de identificar as diferenças identitárias entre o género feminino e o género masculino. Consideram os autores que, embora o número de homens na profissão de enfermagem tenha aumentado nos últimos anos, existe um conjunto de estereótipos sociais que podem ter um impacto negativo sobre a sua motivação e desempenho académico. Estudaram um total de 147 estudantes, com idade média de 20 anos, sendo 81% do género feminino e 19% do género masculino. Verificaram que os indivíduos do género masculino possuem um desempenho académico inferior aos indivíduos do género feminino. Defendem ser necessário promover um maior apoio aos indivíduos do género masculino, de forma a aumentar o número de homens na profissão.

Estudos semelhantes foram desenvolvidos por Vaismoradi, Salsadi & Ahmadi (2011) e por Losa Iglesias & Bengoa Vallejo (2011). Os resultados são muito próximos dos apresentados no estudo anterior. Os autores também propõem um maior investimento nos indivíduos masculinos para combater os estereótipos de género.

Samaniego & Cárcamo (2013) desenvolveram um estudo intitulado por “The nursing image and professional identity”, com o principal objetivo de identificar a imagem que os profissionais de saúde possuem sobre a enfermagem. Tratou-se de um estudo descritivo onde foi utilizado o “questionário” com perguntas fechadas de opção múltipla. Da amostra probabilística composta por 308 participantes, fizeram parte 100 enfermeiros, 103 médicos e 105 profissionais de saúde não pertencentes aos dois grupos anteriores. Os autores concluíram que: i - sendo a enfermagem uma profissão de elevado desgaste, promove um maior conflito entre pares, comparativamente com os restantes grupos profissionais; ii – existe uma discrepância entre o que os enfermeiros consideram ser as suas funções e, o que o consideram os outros profissionais. Através deste estudo, verificaram ainda, e à semelhança dos resultados obtidos por Silva (2012), numa investigação por si desenvolvida e subordinada ao título “A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar”, que a humanização dos cuidados continua a ser muito valorizada pelos enfermeiros, comparativamente com os outros grupos profissionais.

Por sua vez, Smith & Boyd (2012) com o objetivo de identificar a influência do local de trabalho sobre a identidade, desenvolveram um estudo com docentes de enfermagem. Esta investigação centrou-se nos primeiros cinco anos de atividade profissional dos respetivos participantes. Os autores concluíram que estes profissionais tendem a manter a sua identidade de base, não se deixando influenciar pelos contextos.

No estudo desenvolvido por Severinsson & Sand (2010), os autores pretendiam avaliar a relação supervisiva no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de enfermagem graduada. Fizeram parte da amostra 14 estudantes, e a colheita de dados foi feita através do recurso a questionários. Os resultados obtidos demonstraram que o modelo de supervisão influencia fortemente no desenvolvimento da identidade profissional, aumentando a capacidade de decisão e o desenvolvimento pessoal.

Johnson et al (2012) propuseram-se estudar o desenvolvimento da identidade profissional ao longo da carreira, bem como, identificar os fatores que influenciam na mesma. Concluíram que a identidade profissional se desenvolve ao longo de toda a vida. Começa ainda antes do início do curso, desenvolve-se através dele e prolonga-se por toda a carreira profissional. Consideram no entanto que a formação inicial é o período chave, pois é durante a mesma que os estudantes adquirem os conhecimentos e as competências específicas da profissão.

Na mesma linha de pensamento encontramos Abreu ao referir que “*diversos estudos localizados na área das identidades profissionais tem demonstrado que apesar destas se sedimentarem após um contacto profundo e prolongado com os contextos de trabalho, a matriz, a identidade profissional de base é formada na escola*” (Abreu, 2001: 18). O autor citado defende que o contexto de trabalho contém as instâncias materiais e simbólicas onde o enfermeiro vai construindo uma identidade profissional provisória, atualizada pelas mudanças com as quais a profissão se confronta.

A prática profissional, a sua problematização, bem como a experiência social contextualizada, constituem os motores do processo de socialização dos enfermeiros. No entanto “*a heterogeneidade dos princípios constitutivos de trabalho não põe em causa o investimento na percepção de um sentido para as práticas profissionais*” (Abreu, 2001: 58). Este é um ponto importante de demarcação dos autores que consideram o efeito do

contexto organizacional de tal forma estruturante que estabelece os limites do processo de construção da identidade profissional.

Abreu (2001) acrescenta que as identidades dos enfermeiros se constituem por intermédio do cruzamento entre os saberes profissionais e as suas ideologias. Assim, são os recursos cognitivos e simbólicos que permitem a atribuição do significado ao exercício profissional, tendo em consideração a especificidade de cada local de trabalho, o qual encerra possibilidades e condicionamentos.

Ao longo deste subcapítulo mobilizamos uma discussão teórica e empírica que procura articular as relações entre identidade, formação e trabalho de enfermagem. Estas relações, que emergem no âmbito de uma concomitância inevitável (Santos, 1989) entre o campo da formação e o campo do trabalho, configuram uma necessidade inadiável e um investimento crescente dos atores na sua própria formação que lhes dê acesso a um estado de empregabilidade (Dubar, 2000), transformando-os em responsáveis pela sua formação.

II PARTE

DA DEFINIÇÃO DE SI AO DESENVOLVIMENTO

DA IDENTIDADE

1 - METODOLOGIA DO ESTUDO

A temática do nosso estudo insere-se no âmbito da relação supervisiva dos estudantes em ensino clínico e na influência da mesma sobre o desenvolvimento da identidade profissional. Através desta investigação pretendemos compreender qual a influência dos processos supervisivos no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Este capítulo encontra-se dividido em seis partes. Num primeiro momento debruçámo-nos sobre as questões orientadoras e os objetivos de estudo. No segundo, e no sentido de caracterizar o nosso tipo de estudo, efetuaremos uma breve abordagem aos métodos qualitativos e quantitativos em geral e ao estudo de caso em particular. Seguidamente dedicámo-nos à caracterização dos participantes, bem como, da escola onde se desenvolveu o estudo. No quarto subcapítulo explanaremos as questões operacionais da pesquisa, mais especificamente, as técnicas de recolha de informação e respetiva construção, e ainda, o desenvolvimento do trabalho de campo. Dedicamos o subcapítulo seguinte à descrição sobre a forma como foram tratados os dados resultantes das diversas fontes e às estratégias de validação da informação recolhida. Por último, efetuaremos uma alusão aos aspetos éticos tidos em conta durante a realização do estudo.

1.1 – QUESTÕES ORIENTADORAS E OBJETIVOS DO ESTUDO

De acordo com Ghiglione & Matalon (1993), Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, (2005), (Flick, 2005), entre outros, a primeira etapa da fase metodológica de um estudo consiste em determinar o problema e traçar os objetivos. Consideram os referidos autores, que a escolha do problema é resultado das vivências grupais, institucionais, ou inclusive das ideologias em que o pesquisador se move. Assim, esta fase é bastante minuciosa e permite ao investigador refletir sobre o percurso escolhido para a sua pesquisa.

O propósito do nosso estudo centrou-se na procura de respostas para a **questão central** de investigação inicialmente delineada:

“Qual a influência dos processos supervisivos no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?”

Como se depreende esta questão não surgiu de forma isolada. Ao longo da nossa carreira profissional e sustentadas pelo referencial teórico que suporta esta investigação, **questões mais específicas** foram surgindo e norteando o nosso estudo:

- De que forma os processos supervisivos influenciam o desenvolvimento da identidade dos estudantes em ensino clínico?

- Qual a influência dos processos supervisivos sobre o desenvolvimento de competências dos estudantes?

- Em que medida as experiências clínicas vivenciadas pelos estudantes determinam mudanças no estatuto de identidade?

- Quais as competências que os estudantes mais valorizam ao longo da aprendizagem clínica?

- Quais as competências que os estudantes consideram ter desenvolvido ao longo de cada um dos ensinamentos clínicos?

- Em que medida existe, na perspectiva dos atores envolvidos, uma relação entre as competências desenvolvidas no decurso de estágios sequenciais?

Tendo em conta a questão de partida e as questões orientadoras, traçamos os seguintes **objetivos**:

- Analisar o processo de construção identitária dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

- Identificar fatores de natureza clínica, sociocultural ou relacional que interferem com o desenvolvimento dos estatutos da identidade no grupo de estudantes.

- Analisar a influência dos processos supervisivos desenvolvidos pelos docentes e pelos tutores no processo de construção identitária dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

- Avaliar a forma como os estudantes gerem o conhecimento em enfermagem, no decurso do seu trajeto de formação.

Um dos pressupostos básicos deste estudo é que a identidade profissional é um processo contingente e estratégico que é influenciado pelos condicionalismos bio-psico-sociais, bem como, pelo meio enquanto agente de ensino.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

A metodologia de um trabalho de investigação consiste num conjunto de diretrizes relacionadas com o tipo de estudo escolhido. Ela determina o modo como colher e analisar os dados.

A nossa questão de partida, assim como os objetivos por nós traçados, apontam para a utilização de um modo de investigação que permita o contacto direto com a situação e o contexto socioprofissional. Optamos, por isso, pelo modo de investigação “estudo de caso” na vertente etnográfica.

Sabemos que os estudos de caso são predominantemente de natureza qualitativa e interpretativa, apesar de ser possível incluir também os métodos quantitativos. Na nossa investigação, utilizamos uma abordagem multimétodo, para que o estudo ficasse mais enriquecido. Incluímos as metodologias qualitativa e quantitativa, tendo como objetivo, conseguir uma compreensão mais holística dos atores, possibilitando também, uma perceção mais ampla do fenómeno em estudo.

Privilegiamos, no entanto, o paradigma qualitativo uma vez que assenta numa visão global, fenomenológica, indutiva, estruturalista e subjetiva (Flick, 2005). Assim, torna-se possível compreender a conduta humana através daquilo que as pessoas vivenciam relativamente aos fenómenos e à forma como eles influenciam nas suas vidas, sem preocupação de generalização dos dados obtidos. Esta nossa opção relaciona-se com a preocupação em compreender aprofundadamente o fenómeno em estudo, interpretando-o e descrevendo-o, sem o avaliar.

O modo de investigação Estudo de Caso

O estudo de caso deve ser entendido no sentido da profundidade (da pessoa, do grupo, da escola, ...), *“é um modo de investigação particularmente útil, para a abordagem*

de contextos restritos, mas com maior profundidade” (Abreu, 2003b: 204). Identifica ou tenta identificar, os processos interativos em funcionamento.

O estudo de caso tenta responder a questões de investigação (que podem ser algo genéricas no início) e pretende obter diferentes dados, que têm de ser extraídos para se obterem as melhores respostas possíveis, sendo certo que nenhuma fonte de conhecimento é suficiente, ou insuficientemente válida por si só; daí que o uso de várias fontes de informação, cada qual com as suas forças e fraquezas, seja imprescindível – sendo esta variedade igualmente uma característica do estudo de caso. Uma outra característica é a de que não se inicia o estudo de caso com noções teóricas *à priori*, derivadas da revisão da literatura ou não. Só durante e após o estudo será possível conhecer as teorias, as explicações que fazem sentido numa lógica indutiva.

No estudo de caso, a análise dos dados centra-se no fenómeno que o investigador seleccionou para compreender em maior profundidade, independentemente de este incluir um ou vários locais, participantes ou documentos a analisar. Considera-se um estudo de natureza etnográfica quando o investigador permanece longos períodos de tempo no local, entrevistando, observando e analisando documentos e artefactos.

O estudo Etnográfico

O termo etnografia deriva da antropologia e significa a “*descrição do modo de vida de uma raça, grupo de indivíduos, ...*” (Lima & Pacheco, 2006: 87), descrição essa que é feita a partir das perspetivas dos membros dos grupos. Trata-se de uma descrição pormenorizada e ricamente facetada da vida de um grupo, permitindo-nos entendê-lo a partir dos significados vividos no seu interior.

O investigador vive e participa na vida quotidiana, observando e registando histórias e acontecimentos, documentando com rigor e pormenor a vida do grupo. Implica afastar-se dos seus próprios pressupostos pessoais e procurar entender as situações do ponto de vista daqueles que investiga (Lima & Pacheco, 2006).

Os estudos etnográficos caracterizam-se pela minuciosa e longa recolha de dados, de forma naturalista, sem que o investigador interfira na situação que está a estudar (Carmo,

& Ferreira, 1998). Estes estudos “*tentam compreender o modo como as pessoas percebem, explicam e descrevem a ordem no mundo que habitam*” (Bogdan & Biklen, 1994: 60).

Etnografia é assim, a escrita sobre o outro, sobre aquele que é necessariamente diferente. O verdadeiro princípio do trabalho do etnográfico, reside numa descentração de si próprio, para entender o outro no seu contexto e modo de ser e de estar (Lima, & Pacheco, 2006). Consiste num método de trabalho que implica um contacto direto e prolongado com os atores objeto de estudo (Flick, 2005).

O conceito de cultura é fundamental nos estudos etnográficos. Estes estudos visam compreender um conceito a partir das perspetivas e entendimento dos participantes em relação aos fenómenos sociais. Apesar da dificuldade de distinguir estes estudos de outros de natureza qualitativa, neste caso, o investigador lida com microquestões, com conteúdos específicos, com detalhes relativos à ação e à compreensão (Bogdan, & Biklen, 1994).

A etnografia é “*a tentativa de compreender o mundo pela imersão nesse mesmo mundo, por um ator no meio de outros atores, vivendo a vida desses mesmos atores*” (Lima & Pacheco, 2006: 88). Tem sido muito utilizada em estudos da área da educação. O trabalho etnográfico exige um trabalho reflexivo. A unidade de estudo é uma organização, uma escola, uma turma, um programa. O comportamento e as crenças dos sujeitos que pertencem a uma determinada organização serão melhor compreendidos no contexto da própria organização (Carmo & Ferreira, 1998).

Na investigação etnográfica a técnica utilizada consiste fundamentalmente na observação participante, a qual implica um trabalho de campo prolongado (Flick, 2005). Posteriormente o investigador recorrerá a outras técnicas: entrevistas, questionários, análise documental, ... O instrumento de investigação é o próprio investigador que ouve, escuta, vê e pergunta (Lima & Pacheco, 2006). Uma das características da pesquisa do tipo etnográfico “*é o caráter fluído e aberto segundo o qual se selecionam e constroem as técnicas de colheitas de dados*” (Abreu, 1994: 137).

Os estudos etnográficos implicam uma investigação interativa mais ou menos extensa temporalmente, em que a recolha de dados é sistemática à medida que os factos ocorrem nos contextos reais.

Métodos quantitativos e qualitativos

Os termos “estudo qualitativo” e “estudo quantitativo” representam diferentes assunções sobre o mundo, bem como, sobre a finalidade da investigação. Envolve o recurso a diferentes métodos e o papel do investigador é diferente em função do contexto.

A investigação quantitativa apoia-se na filosofia positivista, cuja lógica encara os factos como uma única realidade objetiva. Por sua vez, a investigação qualitativa baseia-se na filosofia fenomenológico-naturalista, que aceita a existência de múltiplas realidades construídas quer individualmente quer coletivamente. A finalidade da investigação quantitativa é a de estabelecer relações e explicar mudanças, já a da investigação qualitativa é tentar compreender os fenómenos sociais segundo as perspetivas dos participantes.

Os métodos e os processos mais utilizados nos estudos quantitativos são específicos e pré-determinados, por sua vez, nos estudos qualitativos a flexibilidade é uma característica dominante, normalmente é emergente, sendo tomadas várias decisões ao longo do estudo.

O papel do investigador nos estudos quantitativos deve ser, tanto quanto possível, o de “afastamento” – mas sempre influenciado pela sua subjetividade. O papel do investigador num estudo qualitativo vive da “imersão” na situação do fenómeno social, devendo o investigador ter contudo uma subjetividade disciplinada (Lima & Pacheco, 2006).

As investigações quantitativas visam maioritariamente fazer generalizações universais; por oposição, as investigações qualitativas assumem que as ações são fortemente influenciadas pelos contextos em que ocorrem, e que têm de ser entendidas pelo investigador ao longo da investigação; são, por isso, “generalizações” contextualizadas. Estas características não devem ser tidas como absolutas, pois é perfeitamente possível articular características tidas como típicas de uma ou de outra investigação. O equilíbrio entre os diversos aspetos é realmente o desejado.

A formulação do problema é também diferente quando se trata de estudos quantitativos ou qualitativos. No primeiro caso a lógica é dedutiva, partindo de constructos teóricos para a definição de variáveis e, posteriormente, para a definição de métodos de

recolha de dados que o investigador, dedutivamente, conclui relacionar-se com a variável de interesse.

Nos estudos qualitativos, a formulação do problema começa com a seleção de um tópico e da metodologia em simultâneo, tendo o investigador que ir delimitando o tópico (Flick, 2005). A lógica a seguir é a indutiva; a partir dos dados, o investigador tenta compreender ou explicar o fenómeno em estudo. De acordo com as metodologias qualitativas o investigador começa por observar um caso particular. A observação é efetuada durante algum tempo, reduzida a notas de campo, ou a transcrições de entrevistas, e é efetuada a análise da documentação (Flick, 2005). A partir dos dados é construída uma descrição de todos os pormenores dos incidentes, dos processos, das vozes das pessoas. Posteriormente de forma indutiva o investigador retira conceitos/abstrações a partir do fenómeno observado.

1.3 – CONTEXTO E PARTICIPANTES

A decisão sobre o lugar onde realizar a investigação recaiu numa Escola Superior de Enfermagem da Zona Norte do país e teve como critérios, a natureza metodológica do estudo, a acessibilidade ao lugar e o conhecimento sobre a escola nas suas vertentes: histórica, social e pedagógica. Tratando-se de um estudo de natureza etnográfica, estabeleceu-se ainda como critério, não ser o local de atividade profissional da investigadora, por considerarmos que o seu estatuto profissional poderia condicionar a “vida” dos participantes do estudo.

O perfil do licenciado de enfermagem desta escola aponta para um elevado nível de qualidade, promovendo no estudante a valorização do conhecimento científico-técnico, e a *“humanização dos cuidados e a dignidade do Ser Humano, de forma a harmonizar a sua atuação com a conceção do profissionalismo humanista integral”* (Plano de Estudos: Preâmbulo).

De acordo com a perspetiva da mesma, a Enfermagem é uma ciência em franco desenvolvimento, capacitada de um saber teórico e de um saber prático capaz de responder aos atuais desafios da ciência na área da saúde. Está voltada para a *“promoção de um elevado nível de cuidados de humanização, no sentido de proporcionar aos*

utentes/doentes o serem cuidados como todo o Ser Humano merece e a que tem direito”. Defende o “personalismo humanista integral na prestação de cuidados ao Ser Humano como um todo integrado num conceito Holístico” (Plano de Estudos: Preâmbulo).

O Curso de Licenciatura em Enfermagem tem a duração de 4600h distribuídas por oito semestres. O plano de estudo está organizado de forma que a aprendizagem do estudante seja progressivamente integradora de saberes interligando a componente teórica com a componente prática. Assim, os ensinamentos clínicos estão distribuídos entre o 2º e o 4º ano. Esta distribuição ao longo do curso tem como objetivo aproximar a componente teórica da prática profissional, facilitando ao estudante a integração e mobilização dos conhecimentos adquiridos em sala de aula.

Os quatro anos de curso têm por finalidade conferir competência legal e técnica para o exercício da respetiva atividade profissional, impondo-se ao futuro licenciado as seguintes competências:

“- Assumir responsabilidades:

** na prestação de cuidados de enfermagem, ao longo da vida do Ser Humano, à família e à comunidade, a nível primário, secundário e terciário, utilizando a metodologia científica de trabalho;*

** na própria formação pessoal, na formação dos demais enfermeiros e na formação de outros profissionais de saúde;*

** na gestão de serviços de enfermagem e de unidades de cuidados de saúde;*

** na investigação na área das ciências de enfermagem, com vista à progressão dos conhecimentos e melhoria dos cuidados.*

- Exercer a profissão mediante comportamentos e atitudes concordantes com o código deontológico profissional, fundamentado em valores universais.

- Integrar e colaborar com as respetivas estruturas profissionais legalmente reconhecidas, tendo em conta a evolução da profissão.

- Colaborar com os técnicos de diferentes áreas do conhecimento e atuação, para o desenvolvimento global e integrado do indivíduo e da comunidade” (Plano de Estudos).

A carga horária do plano de estudo está organizada da seguinte forma:

QUADRO 5 – Distribuição da Carga Horária do Plano de Estudo

	Teóricas	Teór.- Prát.	Práticas	Estágio	Seminários	Total
1º Ano	240h	780h				1020h
2º Ano	195h	160h		740h	60h	1155h
3º Ano	90h	420h		635h	30h	1175h
4º Ano	60h	150h		980h	60h	1250h
Total	585h	1510		2355h	150h	4600h

Como referido anteriormente, e visível através do quadro 5, a escola em estudo privilegia uma formação em alternância. Desde o 2º ano do curso, períodos de teoria entrecruzam-se com formação em contexto da prática clínica.

Através do quadro 6, verificamos que a designação utilizada no plano de estudo referente à aprendizagem em contexto da prática clínica difere em função do ano de curso. No 2º e 3º ano, os estudantes realizam três ensinamentos clínicos, sendo que no quarto ano realizam dois estágios. No sentido de sermos coerentes com o referido plano de estudo, ao longo do nosso trabalho utilizaremos a terminologia, nele adotada.

QUADRO 6 – Distribuição dos Ensinos Clínicos/Estágios ao Longo do Curso

	Estágios	Horas
1º Ano	_____	_____
2º Ano	Ensino Clínico I: Enfermagem Médica	420h
	Ensino Clínico II: Enfermagem Cirúrgica	320h
3º Ano	Ensino Clínico III: Enfermagem na Comunidade	635h
4º Ano	Estágio: Enfermagem Hospitalar; Cuidados de Saúde Primários	980h
Total		2355h

Através dos dois quadros anteriormente apresentados, verificasse que é no 2º ano que os estudantes contactam pela primeira vez com a prática clínica. Após um semestre de teoria, os formandos fazem vinte semanas de ensino clínico, repartidas por um serviço de cirurgia e um serviço de medicina. A escolha do primeiro contexto clínico é aleatória e obedece ao seguinte critério: cerca de metade dos estudantes da turma iniciam o seu primeiro contacto com a prática clínica pelo Ensino Clínico I e os restantes pelo Ensino Clínico II.

São objetivos do Ensino Clínico I – Enfermagem Médica:

- “- Aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem médica na prática clínica de enfermagem.*
- Prestar cuidados de enfermagem a doentes de foro médico.*
- Aplicar a metodologia científica de enfermagem.*
- Contactar com a família dos doentes” (Guião da Prática Clínica - 2º ano - CLE).*

São objetivos do Ensino Clínico II – Enfermagem Cirúrgica:

- “- Aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem cirúrgica na prática clínica de enfermagem.*
- Prestar cuidados de enfermagem a doentes de foro cirúrgico.*
- Aplicar a metodologia científica de enfermagem.*
- Contatar com a família dos doentes” (Guião da Prática Clínica - 2º ano - CLE).*

De acordo com o “Guião da Prática Clínica - 2º ano” do Curso de Licenciatura em Enfermagem o Modelo de Supervisão dos Ensinos Clínicos I e II obedece aos seguintes critérios:

- “- Farão a supervisão, professores da Escola, nos diferentes locais da Prática Clínica.*
- Os alunos serão orientados por assistentes nos diferentes serviços”.*

O contacto do professor com os estudantes é de 18 horas por semana – acompanhamento parcial, sendo que, por cada campo de estágio existem dois assistentes que em conjunto perfazem um total de 35 horas de contacto com os estudantes – acompanhamento a tempo integral. Queremos com isto dizer que, em cada contexto clínico, está sempre presente um assistente. Em relação ao professor, o seu total de horas, é distribuído por vários campos de estágio da mesma instituição.

Os assistentes são enfermeiros da prática clínica que exercem funções de orientação dos estudantes num horário pós-laboral. São frequentemente enfermeiros da instituição e respetivo serviço, onde os estudantes realizam o ensino clínico, sendo nesses casos, considerados por nós de “tutores”. De acordo com Rua (2009: 187)

“Tutor é o profissional da instituição que colabora no acompanhamento dos alunos e tem como funções: facilitar a aprendizagem e servir de referência profissional; demonstrar e justificar os procedimentos que realiza; ajudar a mobilizar e integrar conhecimentos; promover o desenvolvimento de competências dos alunos de forma a identificarem necessidades, estabelecerem prioridades, planearem, executarem e avaliarem as intervenções”.

A seleção dos assistentes não parece obedecer a critérios muito definidos, sendo no entanto, privilegiados os seguintes aspetos:

“Prosegui questionando sobre quais os critérios para a seleção dos assistentes. Foi-me respondido, de forma pouco objetiva, não parecendo existir qualquer ordem de prioridade, nem tão pouco definição objetiva: «trabalhar no serviço, estar a fazer Pós-graduação em Supervisão Clínica, ter experiência passada na orientação de alunos da nossa escola, ter conhecimento do plano de estudo da escola, ter tirado o curso na escola... Mas fundamentalmente conhecermos a pessoa e o seu trabalho» ” (Notas de Campo M14 – Entrevista informal - Coordenador do Curso).

O rácio de estudantes por grupo de ensino clínico é variável, não excedendo um máximo de oito. Os estudantes de segunda a quinta-feira fazem o turno de “manhã” em contexto clínico (alguns grupos de estudantes efetuaram nos últimos dias de ensino clínico entre um a três turnos de tarde), sendo que as sextas-feiras das 9h às 13h decorrem na escola em contexto de sala de aula. Este dia da semana é destinado a:

- “- Acompanhamento individual do grupo de estudantes, para esclarecimento de dúvidas e avaliação.*
- Discussão de casos práticos.*
- Demonstração de procedimentos de enfermagem, que levantem dúvidas.*
- Orientação na elaboração das diferentes etapas do Processo de Enfermagem.*
- Avaliação do trabalho da semana, com relatório feito pelos estudantes, em plenário.*
- Registo de atividades pedagógicas” (Guião da Prática Clínica - 2º ano - CLE).*

Consideramos como participantes da nossa investigação todos os estudantes que integram a turma em estudo, quatro tutores (dois de um serviço de cirurgia e dois de um serviço de medicina) e um professor.

Os estudantes

Atendendo ao nosso objeto de estudo, pareceu-nos fulcral centrar a nossa pesquisa no momento em que os estudantes estabelecem o primeiro contacto com os contextos da prática clínica. Nesse sentido desenvolvemos a nossa investigação numa turma de estudantes do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem que iniciou o curso no ano letivo de 2006/2007 e que terminou no ano letivo de 2009/2010.

O Professor

Como vimos anteriormente o modelo de acompanhamento dos estudantes durante o Ensino Clínico I e II pressupõe que um professor durante o estágio faça um acompanhamento em colaboração com dois assistentes, reconhecendo nestes, a competência para orientar as práticas do estudante. O professor envolvido no nosso estudo estava muito presente nos locais de estágio e debatia frequentemente com os assistentes aspetos relacionados com a supervisão dos estudantes. A este professor estavam atribuídos oito campos de estágio, todos eles na mesma instituição hospitalar.

Trata-se de um professor com mais de 30 anos de experiência na área da docência, decorridos na escola em estudo. Possui a licenciatura em enfermagem e o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Os Tutores

Na orientação desta turma de estudantes estiveram envolvidos dois assistentes por campo de estágio. Consideramos como participantes do nosso estudo quatro, que tendo por base o nosso conceito anteriormente referido os designamos de tutores. Dois trabalhavam no serviço de medicina onde oito dos estudantes da turma em estudo desenvolveram o ensino clínico I, e outros dois trabalhavam no serviço de cirurgia onde os mesmos estudantes realizaram o ensino clínico II. Todos possuíam experiência de orientação de

estudantes em ensino clínico, mas apenas no serviço onde trabalhavam, e nenhum possuía, tal como se pode verificar pelos excertos das entrevistas que se seguem, formação em supervisão, curso de especialização em enfermagem ou mestrado.

“Não. Inscrevi-me no Curso de supervisão Clínica na Escola ____”.
(Entrevista T1)

“No momento em que me encontrava a orientar o grupo que estudou, não. Neste momento estou a fazer o «Curso de Supervisão Clínica»”. **(Entrevista T2)**

“ (...) vou iniciar o curso de Supervisão Clínica”. **(Entrevista T3)**

“Não. Vou iniciar o Curso de Supervisão Clínica.” **(Entrevista T4)**

1.4 – TECNICAS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Classificamos este estudo, conforme anteriormente referido, no âmbito do paradigma qualitativo segundo a lógica do estudo de caso na vertente etnográfica. A natureza dos dados a recolher, englobou no entanto a utilização de procedimentos de natureza quantitativa. Neste sentido, consideramos pertinente recorrer às seguintes fontes de recolha de dados:

A - Observação participante;

B – Entrevistas;

C – Questionários.

É comum considerar-se que o investigador que recorre a metodologias qualitativas opta por um paradigma indutivo e tenta perceber as vivências, símbolos, formas de estar ou comportamentos. Esta opção reflete-se frequentemente na escolha de técnicas ou instrumentos suscetíveis de proporcionar o acesso a dados subjetivos. Por tal motivo, frequentemente, recorre-se à entrevista e observação participante como técnicas nucleares. Por outro lado, o investigador confronta-se, por vezes, com a necessidade de estudar variáveis ou dimensões que podendo não ser estruturantes da investigação, não deixam de ter relação com o objeto de estudo.

Na nossa investigação sentimos necessidade de estudar a identidade do Ego e as competências profissionais. Para a primeira dimensão (Identidade do Ego) recorremos ao “Ego Identity Process Questionnaire” (EIPQ) de Balistreri, Busch-Rossnagel & Geisinger (1995), para a segunda (competências profissionais), construímos e validamos um inventário específico para avaliação de competências.

A nossa pesquisa iniciou-se no ano letivo de 2007/2008 e desenvolveu-se da seguinte forma:

No início do ano letivo aplicamos o EIPQ a todos os estudantes da turma em estudo, no sentido de identificar o seu estatuto da identidade. Durante o primeiro semestre, construímos um “inventário de competências” que tinha por objetivo identificar as competências desenvolvidas pelos estudantes ao longo de cada ensino clínico, de acordo com a perspetiva do mesmo.

No segundo semestre do mesmo ano letivo, efetuamos observação participante a um grupo de oito estudantes da referida turma. Este grupo de estudantes realizou, durante as primeiras dez semanas, ensino clínico de medicina, e nas dez semanas subsequentes ensino clínico de cirurgia. No fim de cada ensino clínico aplicamos o inventário de competências por nós construído, a todos os estudantes da turma em estudo. Terminados os dois ensinos clínicos, aplicamos novamente Ego Identity Process Questionnaire de Balistreri et al., (1995) no sentido de identificar a influência das práticas clínicas sobre o desenvolvimento da identidade pessoal.

Porque pretendíamos estabelecer um fio condutor entre todos os questionários preenchidos por cada um dos estudantes, solicitamos a utilização de um código pessoal. Desta forma, mantendo o anonimato, foi possível estudar o percurso individual de cada ator.

No nosso projeto de trabalho inicial, planeávamos efetuar a recolha dos relatórios produzidos pelos tutores dos estudantes sujeitos a observação participante, documentos esses designados por “Relatório Final de Ensino Clínico”. No entanto, não conseguimos concretizar esta tarefa porque os referidos documentos não foram elaborados. Porque consideramos que a opinião dos tutores, sobre o desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, seria uma mais-valia para o desenvolvimento do nosso estudo, partimos para a realização de entrevistas semiestruturadas aos quatro tutores que orientaram os

estudantes sujeitos a observação participante. Este procedimento desenvolveu-se no ano letivo 2008/2009.

Terminadas as entrevistas demos por concluída a fase de recolha de dados.

1.4.1 - OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

A observação participante é considerada por vários autores como a principal técnica etnográfica de recolha de dados. O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador e os procedimentos são a presença prolongada no contexto social em estudo e o contacto direto com as pessoas, as situações e os acontecimentos. Perante tal facto, há que ter em conta que

“a unidade social em observação não pode ser demasiado extensa e o período de observação não pode ser demasiado curto, uma vez que o que se pretende é uma recolha intensiva de informação acerca de um vasto leque e de representações sociais” (Silva & Pinto, 1986: 137).

A observação participante deve ser sistemática. Implica frequentar o maior número possível de locais do contexto em estudo, bem como uma presença repetida numa maior diversidade de atividades. Passa ainda pela permanente interação com as pessoas, quer através de conversas informais, quer através de entrevistas.

Esta técnica de recolha de dados permite obter dos indivíduos as suas definições sobre a realidade e os constructos que organizam sobre o mundo. De acordo com Goetz & LeCompte (1988: 172) *“permite al investigador verificar si los participantes hacen lo que creen (o cree el investigador) que hacen”*. O seu objetivo consiste na descrição autêntica de grupos sociais e respetivas culturas. Tem sido utilizada para a realização de estudos de avaliação, descrição e interpretação no âmbito educativo (Flick, 2005; Goetz & LeCompte, 1988).

O observador participante observa a atividade dos indivíduos, escuta as conversas e interatua com eles. É fundamental a recolha de relatos, como anedotas, mitos, ... como os que surgem das conversas quotidianas porque ajudam a compreender o sentido dos temas (Flick, 2005; Goetz & LeCompte, 1988).

A observação participante permite recolher dois tipos de dados:

- Descritivos – são a parte mais extensa das notas. Representa o esforço do investigador para registar objetivamente os detalhes do que ocorreu no campo. Os aspetos descritivos das notas englobam os retratos dos sujeitos, a reconstrução dos diálogos, a descrição do espaço físico, relatos de acontecimentos particulares, a descrição das atividades e o próprio comportamento do investigador.

- Reflexivos – o investigador regista as suas reflexões pessoais e a sua vivência da situação: as suas perceções, as suas expectativas, os seus receios, as suas satisfações, as suas hesitações, os seus sentimentos face aos valores desenvolvidos, entre outros (Bogdan & Biklen 1994; Lessard-Hébert et al, 2005).

Conforme anteriormente referido, na nossa investigação a observação participante foi efetuada a um grupo de oito estudantes da turma em estudo. Estes formandos iniciaram o seu percurso formativo em contexto clínico, no 2º semestre do ano letivo 2007/2008. Começaram pelo Ensino Clínico I – Enfermagem Médica, transitando ao fim de dez semanas para o Ensino Clínico II – Enfermagem Cirúrgica. Iniciamos esta estratégia de recolha de dados a 7 de Fevereiro e terminamos a 18 de Julho. Como proposto inicialmente, e no sentido de evitar enviesamentos, preocupamo-nos com o facto de acompanhar os mesmos estudantes nos dois ensinos clínicos.

Ao longo das 20 semanas efetuamos 18 observações correspondentes ao período de ensino clínico de medicina e 25 correspondentes ao de cirurgia. Neste total, estão incluídas algumas observações efetuadas às sextas-feiras em contexto de escola.

São vários os autores que defendem que a observação participante deve ser iniciada por períodos curtos para que o investigador gradualmente seja aceite. Como referem Bogdan & Biklen (1994: 125) “ *nos primeiros dias de observação participante (...) o investigador fica regra geral de fora, esperando que o observem e aceitem*”. De acordo com a bibliografia consultada tivemos a preocupação de iniciar a observação participante por períodos mais curtos, dando-nos a conhecer ao grupo assim como os objetivos do nosso trabalho. Isto porque consideramos que o relacionamento com os observados deve ser construído na base da confiança e abertura. É importante “*conquistar a confiança dos atores, de forma a que a nossa presença (...) (interfira) o menos possível no decurso normal dos acontecimentos*” (Abreu, 1994: 140).

Começamos por sessões com cerca de duas horas e com o decorrer do processo efetuamos observações próximas das duas horas e meia. Tentamos contemplar todos os momentos do turno: i - início da manhã, onde a azáfama é uma constante na medida em que é o período em que se centram as atividades de autocuidado. Neste período, a interação estudante/doente e estudante/tutor é muito grande; ii - fim da manhã, que tratando-se de um período mais calmo, privilegia a relação entre os vários intervenientes envolvidos no processo de pesquisa; iii - fim de turno, onde devido à importância do registo e transmissão de informação referente aos doentes, a aproximação entre estudante/tutor e estudante/enfermeiro é muito intensa.

Efetuvávamos o registo da observação em “notas de campo” (anexo XII) imediatamente após cada sessão. Nelas incluímos a descrição de pessoas, lugares, objetos, acontecimentos, atividades, conversas, assim como registamos as nossas reflexões, ideias e estratégias. Como referem Bogdan & Biklen (1994), Flick (2005), entre outros, o resultado bem-sucedido de um estudo de observação participante baseia-se em notas de campo detalhadas, precisas e extensivas.

Ao longo de cada um dos ensinamentos clínicos caminhamos progressivamente de uma observação descritiva para uma observação seletiva passando por uma observação focalizada e taxonómica (Abreu, 1994; 2007; Spradley, 1980; Flick, 2005).

Através do processo descrito identificamos as taxonomias apresentadas no quadro 7:

QUADRO 7 – Taxonomias

Taxonomias
Contexto
Relações Pedagógica
Relações Socio-clínicas
Intervenção Pedagógica
Competências de Desenvolvimento Profissional
Definição de Si
Focos de Atenção
Tensões

Para o investigador etnográfico é fundamental recolher todos os “artefactos” que permitam a compreensão do fenómeno em estudo. Nesse sentido consideramos necessário recolher cópias de todos os documentos relevantes e portadores de informação complementar (Lessard-Hébert et al, 2005; Flick, 2005; Lima & Pacheco, 2006, entre

outros). Aproveitamos a permanência no terreno para efetuar a recolha de documentos produzidos pelos vários intervenientes do estudo, nomeadamente:

- Estudantes: ao longo dos ensinios clínicos I e II foi solicitado a cada grupo de estudantes, por campo de estágio, a realização de um relatório semanal, no qual, através de uma atitude crítico-reflexiva explanasse as atividades realizadas, as dificuldades sentidas e as novas situações de aprendizagem. Estes relatórios foram apresentados à turma à sexta-feira, em sala de aula, e entregues em suporte de papel aos tutores de ensino clínico na segunda-feira da semana seguinte. O relatório da última semana, designado de “Relatório Final de Ensino Clínico” deveria projetar todo o desenvolvimento do ensino clínico realizado. Recolhemos todos os relatórios produzidos pelos estudantes sujeitos a observação participante em cada um dos ensinios clínicos, num total de vinte.

- Escola – No período que antecedeu as vinte semanas de prática clínica, e no sentido de melhor compreendermos os objetivos da mesma, recolhemos os documentos produzidos pela escola e diretamente relacionados com os ensinios clínicos I e II, nomeadamente, o guia de orientação dos ensinios clínicos, folha de avaliação e respetiva operacionalização, planeamento dos ensinios clínicos, entre outros.

- Outros documentos: Debruçamo-nos ainda sobre o plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da escola em estudo, contemplando assim, entre outros, a filosofia e linhas orientadoras, o currículo e a estrutura do curso, bem como, a legislação que regulamenta o referido curso.

Optamos também por pesquisar teses produzidas pelos docentes da instituição, no sentido de “aprofundar o nosso olhar” sobre a temática em estudo.

1.4.2 – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Terminada a observação participante efetuamos, de seguida, entrevistas semiestruturadas aos tutores participantes no estudo. A opção por este tipo de entrevista prendeu-se com o facto de através dela, obtermos dados comparáveis com os dados anteriormente colhidos.

A entrevista é entendida por Bogdan & Biklen como *“uma conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, embora por vezes possa envolver mais pessoas, dirigida*

por uma das pessoas, com o objetivo de obter informação sobre a outra” (1994: 134). Ela permite ao investigador recolher dados descritivos na linguagem do indivíduo, bem como, as suas interpretações do real.

De acordo com Abreu, (2001) é considerada uma técnica privilegiada de colheita de informação no âmbito dos estudos etnográficos, podendo ser utilizada como a principal técnica de colheita de dados ou como técnica secundária em conjugação com outras técnicas.

Lessard-Hébert et al (2005) consideram que o recurso à entrevista, como mais um método de recolha de dados, contribui para contrariar determinados enviesamentos. A aplicação de diferentes técnicas torna-se vantajosa na medida em que evita a distorção e etnocentrismo do investigador.

Comparativamente com outros métodos, a entrevista privilegia a comunicação e interação humana, permitindo o contacto direto entre entrevistador e entrevistado (Flick, 2005). Favorece uma relação de proximidade entre as pessoas facultando assim a possibilidade de compreender o ponto de vista do ator. O seu pressuposto epistemológico é que *“o informador é um ator racional capaz de dar sentido às suas ações e que o objetivo da entrevista é aprender o sentido subjacente à sua vida social”* (Pedro, 2011: 99).

As entrevistas qualitativas variam quanto ao seu grau de estruturação. De acordo com Ghiglione & Matalon (1993) a grande diferença existente entre a entrevista livre e a semidiretiva ou semiestruturada relaciona-se com o facto de na primeira, o entrevistador não possuir quadro de referências sempre que aborda o entrevistado o aborda. *“A entrevista semi-diretiva é portanto adequada para aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido”* (Ghiglione & Matalon, 1993: 97).

Na entrevista semiestruturada, o entrevistador planeia os temas sobre os quais necessita obter informação do inquirido, não se preocupando, no entanto, com a ordem de surgimento dos mesmos. Este tipo de entrevista exige um esquema prévio que, por nós foi ultrapassado, através da elaboração de um guião (anexo VII). Devido ao facto de existir uma estrutura prévia, é considerada pouco ambígua, dado estar condicionada às categorias existentes. O papel do entrevistador é o de orientar a entrevista para os objetivos traçados, sempre que o entrevistado se afastar deles.

Com base no guião, organizamos a entrevista de acordo os blocos apresentados no quadro 8:

QUADRO 8 – Designação dos Blocos da Entrevista

Designação do Bloco	Objetivos do Bloco
A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado.	- Legitimar a entrevista. - Motivar o entrevistado.
B – Competências de Desenvolvimento Profissional do estudante do CLE.	- Analisar o processo de desenvolvimento de competências dos estudantes ao longo do ensino clínico.
C – Processo de Formação da identidade do estudante em ensino clínico.	- Analisar o processo de configuração da identidade profissional desenvolvido pelos estudantes.
D – Estratégias Supervisivas.	- Identificar as estratégias desenvolvidas pelo tutor no sentido de facilitar o desenvolvimento da Identidade Profissional do estudante.
E – Papeis dos atores em ensino clínico.	- Conhecer a opinião do tutor acerca do desempenho dos intervenientes no processo de formação.
F – Dificuldades identificadas no processo supervisivo.	- Identificar as principais dificuldades sentidas pelo tutor.

Para a realização da entrevista foi estabelecido contacto com cada um dos tutores, no sentido de explicitarmos a finalidade da mesma e solicitar a sua participação. Numa fase inicial esta abordagem foi custosa uma vez que os intervenientes demonstraram uma atitude dificultadora. Constantemente, foi referido pelos mesmos, para a sua realização, a necessidade de alterações de horário, devido nomeadamente a problemas familiares, período de férias, entre outros. Apesar dessas dificuldades conseguimos contornar tal situação, tendo para o efeito estabelecido com cada tutor a designação de um local, data e hora para realização das mesmas.

Cada entrevistado foi informado do tempo previsto para a realização da entrevista. Foi ainda solicitada autorização para a utilização de equipamento áudio para a gravação da mesma, e foi garantida a confidencialidade e anonimato da informação.

As entrevistas foram todas realizadas em contexto hospitalar, no local de trabalho dos tutores. No início das mesmas, foram lembrados os objetivos, certificando-nos de

que não havia dúvidas nos entrevistados. O guião foi utilizado como recurso para relançar o diálogo e ir introduzindo temas ainda não abordados. Procurou-se que a realização da entrevista decorresse de forma acolhedora, assemelhando-se a uma conversa informal sem a preocupação de respeitar a ordem das perguntas do guião. Foi privilegiada por parte do entrevistador uma postura de escuta ativa, estabelecendo uma relação de empatia e confiança, procurando não interromper a linha de pensamento do entrevistado e solicitando clarificações, sempre que necessário. A duração de tempo das entrevistas foi variável, situando-se entre os 45 e os 70 minutos, diferença de tempo esta relacionada com o grau de abertura e divagação dos entrevistados no decorrer da mesma.

Após a transcrição da entrevista esta foi reenviada ao entrevistado para a ler, o que nos permitiu validar a exatidão do seu conteúdo.

Apresentamos no anexo XI deste trabalho um exemplar de uma transcrição de entrevista.

1.4.3 – CONSTRUÇÃO DO INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS: TÉCNICA DE DELPHI

Tem sido defendido ao longo deste trabalho que, através dos ensinamentos clínicos, os estudantes de enfermagem mobilizam os conhecimentos adquiridos e com base na sua aplicação, desenvolvem competências profissionais. Transformam os seus saberes teóricos em saberes específicos, necessários ao desenvolvimento profissional, através da incorporação de recursos que permitem a construção de competências profissionais adequadas a cada situação.

Nesse sentido, e porque consideramos que compreender a influência da relação supervisiva na construção da identidade profissional dos estudantes, passa por perceber quais as competências que os mesmos desenvolvem ao longo dos ensinamentos clínicos e qual o impacto que os referidos contextos exercem sobre os estudantes, propusémo-nos construir um “Inventário de Competências”.

A construção do “Inventário de Competências” teve por base as Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais consignadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) e foi elaborado com recurso à técnica de Delphi.

A técnica de Delphi é um processo estruturado que utiliza uma série de questionários ou “rondas” para obter e fornecer informação. Tem como objetivo a obtenção de uma opinião coletiva qualificada sobre determinadas questões a partir de um grupo de pessoas seleccionadas (Landeta, 1999). Consiste num processo iterativo desenhado para combinar opiniões de um grupo de especialistas para a obtenção de consenso.

Spinola (1984) defende que esta técnica deve ser usada em especial quando há falta de acordo ou conhecimentos incompletos sobre determinado assunto. A sua principal característica é a inexistência de contacto presencial entre os participantes. A interação entre os membros é conseguida através de contactos individuais sistematizados enviados a cada nova interrogação.

Esta técnica tem hoje em dia muitas variações e formatos, e poucos são os investigadores que utilizam uniformemente a técnica de Delphi. No que se refere à seleção dos participantes, esta técnica não utiliza uma amostragem aleatória representativa da população. Ela recorre a “peritos”. Um perito é definido como um especialista no seu campo ou alguém que tem conhecimento acerca de algo específico (Green, Jones, Hughes, & Williams, 1999). A seleção dos peritos é considerada um ponto crucial na utilização do Delphi. Este é um aspeto a dar muita atenção na aplicação desta técnica, de modo a que o painel não afete os resultados obtidos. Os peritos, para além de possuírem um conhecimento sobre o tema em estudo, devem manter-se imparciais (Santos & Amaral, 2004).

Outro aspeto a ter em conta é a dimensão do painel e a sua heterogeneidade. A dimensão e constituição do painel de peritos dependem da natureza da investigação e do número de especialistas disponíveis. De acordo com Spinola (1984) não existe um número ideal estabelecido de informantes. O importante é o seu grau de especialização. O tema e o número de peritos disponíveis deve ser tido em conta.

Também para Santos & Amaral (2004) não existe uma dimensão ideal para o painel de peritos. Com base numa revisão da literatura, os supra referidos autores verificaram que são várias as dimensões apresentadas. Acrescentam que para Listone & Turoff (1970) a dimensão deve situar-se entre 10 a 15 peritos, e que Okoli & Pawlowski (2004) defendem entre 10 a 18. Ainda de acordo com os mesmos autores, num conjunto de doze estudos Delphi identificados, a dimensão média dos painéis de peritos foi de 53 membros. Referem

que a dimensão dos painéis variou de acordo com os objetivos do estudo e a dimensão das populações de peritos. Aconselham a ter em consideração na constituição do painel, a heterogeneidade dos seus membros de modo a abranger todo o espectro de opiniões.

Parece ser consensual na bibliografia consultada de que o anonimato garante a igualdade de oportunidade a todos os membros do painel para apresentar ideias/manifestar opiniões. Facilita a que os peritos sejam abertos e verdadeiros acerca das visões que possuem, o que pode fornecer dados valiosos para o investigador. Faculta ainda a todos os participantes, a oportunidade de expressarem uma opinião para os outros, sem se sentirem pressionados psicologicamente pelos membros mais influentes do painel. No entanto, Santos & Amaral (2004), Faro (1997), Spinola (1984), entre outros, são da opinião que nem sempre é aconselhável garantir o anonimato total. Em determinadas situações pode ser desejável que se saiba quem são os membros do painel para motivar outros a participar, no entanto, as suas opiniões e julgamentos devem continuar anónimas.

A técnica de Delphi emprega um número de “rondas” nas quais os questionários são enviados até se obter um consenso (Beretta, 1996). Em cada ronda, um sumário dos resultados da “ronda” anterior é incluído e avaliado pelos membros do painel. O número de “rondas” depende da forma como o “Delphi” foi iniciado. Pode ser iniciado com uma lista pré-preparada, ou sem esse trabalho prévio, o que levará mais tempo a convergir em consenso.

O produto final desejável de um trabalho que utiliza a técnica de Delphi é a obtenção de uma opinião convergente entre os vários membros do painel. No que se refere ao consenso, Faro (1997), considerou que houve consenso, durante a aplicação do “Delphi”, quando duas categorias contíguas receberam mais do que dois terços de respostas afirmativas. Numa revisão de literatura por si efetuada, identificou uma grande variedade de opiniões em relação aos níveis de consenso. Como 50% para Huckfeldt (1975), 66% para Rizzolo (1990), 70% para Lideman (1975), Fehring (1987) e Titler et al (1991), e 80% para Carty (1993). Por sua vez, Willians & Webb (1994) consideraram que o nível de consenso é arbitrário e deve ser decidido pelo investigador antes da análise dos dados.

Seleção dos peritos

A seleção dos peritos para o nosso estudo foi efetuada tendo em conta os seguintes critérios: i - Doze enfermeiros da prática clínica com formação e experiência em Supervisão Clínica; ii - Doze docentes de enfermagem (dois por cada área de especialidade).

Caracterização dos peritos

Os quadros que se seguem fornecem uma perspetiva esquemática das principais características do grupo de peritos.

No quadro 9 apresentamos os dados descritivos do tempo de serviço da população de peritos do nosso estudo.

QUADRO 9 – Distribuição da População de Peritos por Tempo de Serviço

TEMPO DE SERVIÇO	ni	%
2	2	8.3%
3	1	4.2%
4	3	12.5%
5	1	4.2%
7	1	4.2%
9	2	8.3%
10	1	4.2%
11	1	4.2%
14	1	4.2%
15	2	8.3%
16	1	4.2%
20	2	8.3%
22	1	4.2%
24	1	4.2%
25	1	4.2%
27	1	4.2%
28	1	4.2%
42	1	4.2%
Total	24	100%

Como se pode observar através do quadro anterior, o tempo de exercício profissional variou entre os dois e os 42 anos de serviço. Realçamos o facto de 25% da população ter entre dois a quatro anos, 50% entre cinco e 20 anos, e os restantes 25% exercem a atividade profissional há mais de 20 anos.

Mostramos de seguida, através do quadro 10, a distribuição do grupo de peritos por atividade profissional, experiência em supervisão de estudantes e formação especializada em enfermagem.

QUADRO 10 – Distribuição da População de Peritos por Atividade Profissional / Experiência em Supervisão de Estudantes / Curso de Especialização em Enfermagem

ATIVIDADE PROFISSIONAL	ni	%
Docência	12	50.0%
Prática Clínica	12	50.0%
Total	24	100%
EXP. EM /SUPERV. ESTUDANTES	ni	%
Sim	24	100%
Não	0	0%
Total	24	100%
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO	ni	%
Sim	12	50%
Não	12	50%
Total	24	100%

Como se pode verificar, através do quadro acima apresentado, a população de peritos era composta por doze docentes de enfermagem e doze enfermeiros da prática clínica, todos eles com experiência em supervisão de estudantes. De realçar que 50% possuía Curso de Especialização em Enfermagem.

Seguidamente, através do quadro 11, apresentamos a relação existente entre a atividade profissional dos peritos e as áreas de especialização em enfermagem.

QUADRO 11 – Relação existente entre a Atividade Profissional dos Peritos e as áreas de Especialização

ATIVIDADE PROFISSIONAL	ÁREAS DE ESPECIALIZAÇÃO						
	S Men/Psiq.	S Mat/Obst	S Inf /Ped.	Méd-cir.	Reabilitação	S Comun.	S / Espec.
Docência	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	0% (0)
Prática Clínica	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	50.0% (12)
Total	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	8.3% (2)	50% (12)

Certificamos, através deste quadro, que os peritos com Curso de Especialização em Enfermagem, num total de 12, eram docentes. De acordo com o critério pré-estabelecido as seis áreas de especialização encontravam-se representadas de forma homogênea.

No quadro 12 indicamos a distribuição da população de peritos por formação pós-graduada.

QUADRO 12 – Distribuição da População de Peritos por Formação Pós-graduada

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO	ni	%
Sim	17	70.8%
Não	7	29.2%
Total	24	100%

De acordo com os dados do quadro anterior, mais de dois terços da população de peritos era detentora de formação pós-graduada.

Expomos, através do quadro 13, a relação existente entre a atividade profissional dos peritos e a formação pós-graduada.

QUADRO 13 – Relação existente entre a Atividade Profissional dos Peritos e a Formação Pós-graduada

ATIVIDADE PROFISSIONAL	ÁREAS DE PÓS-GRADUAÇÕES						
	Sup. Clín.	C. Educ/Pedag.	Admin dos Ser de Enf	S Ocupac	Gestão e Eco da Saúde	Super Clín /Bioética	Sem Pós-graduação
Docência	0% (0)	8.3% (2)	4.2% (1)	4.2% (1)	4.2% (1)	0% (0)	29.2% (7)
Prática Clínica	45.8% (11)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	4.2% (1)	0% (0)
Total	45.8% (11)	8.3% (2)	4.2% (1)	4.2% (1)	4.2% (1)	4.2% (1)	29.2% (7)

Cruzando as áreas de pós-graduação com a atividade profissional dos peritos, verifica-se através do quadro apresentado que todos os enfermeiros da prática clínica possuem formação em supervisão clínica.

No nosso estudo foram efetuadas duas “rondas”. Iniciamos a primeira “ronda” com um questionário por nós construído (anexo II), no qual constavam as 96 competências

preconizadas pela ordem dos enfermeiros (OE, 2004) e onde através de uma escala de tipo Likert, com scores entre 1 e 5, era dada a hipótese aos inquiridos de escolher, para cada uma das competências, entre “nada adequado” a “muito adequado”. Foi ainda dada a possibilidade de, para cada uma das dimensões das competências referidas, serem acrescentadas outras, consideradas relevantes ou introduzidas alterações às existentes.

Foi nossa preocupação manter o anonimato das respostas, no entanto, foi dado a conhecer a cada respondente a constituição do painel.

Critérios de consenso

Na construção do inventário de competências, consideramos consenso de inclusão quando pelo menos 75% dos membros do painel de peritos se posicionaram entre os *scores* 3 e 5 (Adequado a Muito adequado). Quando menos de 50% dos membros do painel de peritos se posicionou entre os referidos *scores* ou 50% a 74.99% e ausência de sugestão, consideramos critério de exclusão. Consideramos sem consenso as respostas situadas entre 50 a 74.99% com proposta de alteração.

1ª “Ronda”

Com base no questionário previamente construído, foi pedido a cada um dos peritos que avaliasse em que medida cada uma das competências deveria ser desenvolvida, tendo em conta o estágio de aprendizagem que o estudante frequentava. Para ter uma ideia consistente sobre este estágio, foram enumerados no inventário os objetivos dos diversos segmentos de formação frequentados pelo estudante.

Segundo os critérios pré-estabelecidos foram aceites os consensos positivos iguais ou superiores a 75% e excluídos os consensos inferiores a 50%. Foram ainda excluídas as competências com consensos positivos situados entre os 50% e os 74.99% sem proposta de alteração. As opiniões situadas entre os 50% e os 74.99% com proposta de nova redação, bem como, as propostas de novas competências levaram-nos à construção de um segundo questionário.

2ª “Ronda”

No segundo questionário (anexo III), composto por duas partes, foi solicitada aos mesmos peritos a sua opinião sobre as competências que obtiveram um consenso entre 50 e 74,99% e para as quais foram sugeridas propostas de alteração. Assim, para cada competência, construímos um quadro onde incluímos a competência da ordem dos enfermeiros e a(s) proposta(s) de alteração. Pedimos que, em cada competência, apenas optassem por uma das hipóteses (a que lhes parecesse mais adequada), deixando a(s) outra(s) por preencher. Seguidamente, solicitamos que expressam a sua opinião em relação às “Outras Competências Propostas”.

Após procedermos à aplicação do segundo questionário, submetemo-lo a tratamento semelhante ao primeiro. Independentemente do número de propostas de alteração apresentadas para cada competência, apenas aceitamos as que obtiveram um consenso igual ou superior a 75%.

Após estes dois momentos obtivemos os seguintes resultados:

Vinte e uma das Competências da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) foram excluídas. Onze por obterem, na primeira ronda, um consenso inferior a 50%; oito por obterem, na primeira ronda, um consenso entre 50% e 74,99% e sem proposta de alteração, e duas que apesar de na primeira ronda obterem um consenso entre 50% e 74,99% e com proposta de alteração, não obtiveram na segunda, um consenso superior a 75% em nenhuma das hipóteses apresentadas. Quatro competências da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) foram alteradas. Foram incluídas no Inventário quatro competências.

Uma análise mais direcionada para as três dimensões de competências preconizadas pela OE (2004) permite-nos verificar que na Dimensão A - Prática profissional, ética e legal - das dezanove competências apresentadas, três foram excluídas, uma foi sujeita a alteração e foram introduzidas três competências.

Competências excluídas:

Competência OE (2004):
4 – Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício. 18 – Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros. 19 – Reconhece e actua nas situações de infração violação da lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.

Competências sujeitas a alteração:

Competência OE (2004):	Alteração:
6 - Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas.	6(A) - Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas.

Competências introduzidas:

Competências introduzidas:
- Conhece efetivamente o Código Deontológico. - Reconhece o seu papel enquanto aluno. - Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.

Na Dimensão B - Prestação e gestão de cuidados - verificamos que em relação às 63 competências existentes no documento supracitado, onze foram excluídas (10 na primeira ronda e uma na segunda ronda), três foram sujeitas a alteração e foi introduzida uma competência.

Competências excluídas:

Competência OE (2004):
24 – Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados. 31 – Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofes. 32 – Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais. 56 – Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alterem rapidamente. 57 – Responde eficazmente em situações de emergência ou de catástrofe. 77 – Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente. 79 – Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional. 80 – Delega noutros, atividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática. 81 – Utiliza uma serie de estratégias de suporte, quando supervisa aspetos dos cuidados delegados a outros. 82 – Mantém responsabilidade quando delega aspetos dos cuidados noutros.

Competência OE (2004):	Proposta de Alteração:
28 – Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	28(A) - Atua como um recurso para os indivíduos que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.

Competências sujeitas a alteração:

Competência OE (2004):	Alteração:
22 – Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	22(A) - Colabora/participa nas discussões acerca da inovação da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.
72 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	72(A) - Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança.
78 – Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.	78(A) - Revê e avalia os cuidados com o tutor.

Competência introduzidas:

Competências introduzidas:
- Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.

Na Dimensão C - Desenvolvimento Profissional - das 14 competências apresentadas pela OE (2004), foram excluídas sete (seis na primeira ronda e uma na segunda). Nenhuma foi sujeita a alteração e não foram introduzidas novas competências.

Competências excluídas:

Competência OE (2004):
84 – Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.
87 – Atua como um modelo efetivo.
88 – Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.
89 – Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.
90 – Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade
95 – Atua como mentor/tutor eficaz.

Competência OE (2004):	Propostas de Alteração:
94 – Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	94(A) - Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de colegas. 94(B) - Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de outros estudantes e colegas.

Através de uma análise mais abrangente verificamos que foi na dimensão A que mais competências foram introduzidas. Todas as competências das sub-dimensões B1.2.3 – Delegação e Supervisão e C2 – Melhoria da Qualidade obtiveram um consenso inferior a 50%. Foi a dimensão C, que percentualmente teve um menor consenso. Sete das catorze competências da OE (2004) não foram introduzidas no inventário final.

Assim, com base na opinião dos peritos, e seguindo os procedimentos anteriormente descritos, verificamos que 71 das 96 competências dos enfermeiros de cuidados gerais consignadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) estão adequadas ao estudante em ensino clínico de medicina e cirurgia da escola em estudo. Por sua vez, e em relação às restantes competências, foi manifestada a necessidade de alterar a redação de quatro e introduzir outras quatro competências.

Há ainda a salientar o facto de que 21 das competências da OE (2004) não obtiveram um consenso igual ou superior a 75% apesar de duas delas terem sido sujeitas a propostas de alteração.

Este “Inventário de Competências” por nós construído (anexo IV), com um total de 79 competências, foi posteriormente aplicado aos estudantes em estudo, no fim de cada um dos ensinamentos clínicos (medicina e cirurgia). Foi-lhes solicitado que, numa escala tipo Likert com *scores* entre 1 e 5 (“nunca” a “sempre”), indicassem em que medida cada uma das competências havia sido desenvolvida ao longo do ensino clínico que acabavam de realizar.

1.4.4 – O QUESTIONÁRIO: EGO IDENTITY PROCESS QUESTIONNAIRE

Um dos objetivos do nosso estudo consistia em analisar o processo de construção identitária do grupo de estudantes. Como foi já referido na primeira parte deste trabalho, Marcia (1966; 1980; 1986) verificou a necessidade de trabalhar critérios psicossociais para determinar momentos ou modos de aquisição da identidade. Nesse sentido e apoiado nas dimensões - exploração e investimento – definiu quatro modos de estar perante a tarefa identidade: identidade difusa, identidade outorgada, moratória e identidade construída.

Para estudar o processo de construção da identidade utilizamos o Ego Identity Process Questionnaire de Balistreri et al (1995). O questionário é composto por 32

questões relacionadas com as dimensões exploração e investimento. Para cada uma das questões é pedido ao inquirido que escolha uma, entre seis hipóteses possíveis. Sendo que 20 destas afirmações são positivas e 12 negativas. Estas assentam em oito áreas: ocupação, política, religião, valores, amizades, papéis de género, família e encontros.

Com recurso a uma escala tipo Lickert de seis itens, metade das questões (16) medem a dimensão exploração e as restantes a dimensão investimento.

No desenvolvimento deste instrumento, Balistreri et al (1995) realizaram dois estudos. No primeiro, com uma amostra de setenta e três participantes, destinado à avaliação das propriedades psicométricas da escala, foram utilizados dois métodos distintos. Inicialmente foi calculada a consistência interna para cada uma das dimensões, com base no coeficiente de Alfa de Cronbach. Para a dimensão investimento obtiveram um alfa de 0.80 e para a dimensão exploração um alfa de 0.86. Uma semana depois procederam a um teste-reteste. Obtiveram 0.90 para a dimensão investimento e 0.76 para a dimensão exploração.

No segundo estudo, com uma amostra constituída por 260 estudantes, os autores realizaram uma análise fatorial confirmatória utilizando o método LISREL VI. Os resultados obtidos contribuíram para a validação do modelo. Seguidamente foi estabelecida a comparação entre os dados colhidos na entrevista de Marcia e os colhidos no EIPQ. A congruência entre os dois instrumentos foi avaliada pelo índice Kappa. Procederam seguidamente à análise univariada ANOVA a qual revelou que os estatutos da identidade apresentavam uma relação estatisticamente significativa. De acordo com os autores, estes dois estudos permitiram a validade do EIPQ (Balistreri et al, 1995).

A utilização deste instrumento em Portugal foi realizada por Abreu tendo em conta

“as metodologias propostas por Fortin (1999) (tradução e utilização num contexto cultural distinto) e pelos autores (avaliação das propriedades psicométricas). Assim, a escala foi traduzida para Português e novamente para inglês por um perito com domínio nas duas línguas e na temática da identidade” (2005: 202).

Refere a autora que, no que respeita às propriedades psicométricas da versão Portuguesa, recorreu a dois momentos distintos, sendo que apenas considerou as respostas dos inquiridos que responderam aos dois momentos e a todas as questões da escala.

Trabalhou com um número de 102 participantes. O primeiro momento destinou-se ao cálculo da consistência interna para cada uma das dimensões (investimento e exploração) com base no coeficiente Alfa de Cronbach. Obteve coeficientes de 0.74 e 0.68, respetivamente. No segundo momento (uma semana depois) obteve 0.75 para investimento e 0.73 para exploração.

Após efetuar os cálculos com base nos resultados obtidos nos dois momentos, obteve um coeficiente de correlação entre 0.69 e 0.86 para o investimento e 0.61 e 0.85 para exploração (Abreu, 2005).

Aplicamos este questionário a todos os estudantes da turma em estudo em dois momentos – início do ano letivo (Outubro de 2007) e no fim do mesmo (Julho de 2008) – no sentido de compreender a influência da prática clínica na construção identitária (anexos V e VI). Foi nossa preocupação identificar, através de uma questão colocada no questionário, se efetivamente o estudante não havia tido nenhuma experiência clínica anterior.

No sentido de podermos estabelecer uma relação entre os quatro questionários aplicados (inventários de competências e EIPQ) solicitamos a cada inquirido a utilização de um código pessoal do seu exclusivo conhecimento. Conseguimos desta forma, acompanhar o desenvolvimento de cada um dos estudantes mantendo o seu anonimato.

1.5 - ESTRATEGIAS DE TRATAMENTO E ANALISE DE DADOS

A análise e tratamento de dados resultantes de uma investigação é uma das fases mais complexas, pois corresponde a um processo de sistematização da informação, sua organização em unidades manipuláveis, sínteses, procura de padrões, descoberta de aspetos importantes e decisão do que deve ser divulgado (Bogdan & Biklen, 1994).

No nosso trabalho a análise de dados foi efetuada tendo em conta os objetivos da investigação, o tipo de dados recolhidos e o suporte das diferentes perspetivas teóricas sobre este processo, nomeadamente, de Bardin (2009), Spradley (1980), Bogdan & Biklen (1994), Flick (2005) e Yin (2005) as quais se mostraram importantes para o processo de tratamento de dados.

Tratando-se de um estudo de caso, onde privilegiamos uma abordagem multimetodo, com dados de natureza qualitativa e quantitativa, recorreremos a dois tipos de tratamento de dados: análise de conteúdo e tratamento estatístico.

A investigação qualitativa é sempre produtora de uma enorme quantidade de dados que requerem uma minuciosa metodologia de análise. A fase inicial da análise consiste na redução dos dados de forma a tornar a informação acessível.

Lessard-Hebert et al (2005) apoiados em Miles & Huberman (1990) definem a redução de dados como um processo de *“seleção, de centração, de simplificação, de abstração e transformação do material compilado”* (2005: 109). Acrescentam que a redução de dados na investigação qualitativa é uma operação contínua que se inicia no momento em que é *“determinado um campo de observação até à fase em que se decide aplicar um sistema de codificação e proceder a resumos”* (2005:109).

Observação Participante

No nosso estudo, ao longo da observação participante fomos efetuando as notas de campo correspondentes a cada sessão. À medida que fomos recolhendo a informação com vista à produção de dados, foi-se definindo um sistema de codificação. Utilizamos para o efeito o sistema proposto por Miles & Huberman (1990) – codificação descritiva.

Terminado o período de trabalho de campo procedeu-se a uma leitura exaustiva e em profundidade sobre a informação recolhida, com vista à identificação das unidades de contexto e unidades de registo tal como defende Bardin (2009).

As unidades de registo foram então organizadas em diversas dimensões e domínios, elaboradas e sistematizadas na grelha de codificação (anexo VIII). Esta fase tornou-se um processo moroso na medida em que se baseou num processo de recursividade constante. Foi nossa preocupação que o quadro analítico obtivesse categorias pertinentes, o mais exaustivas quanto possível, objetivas e mutuamente exclusivas.

Os relatórios produzidos pelos estudantes foram recolhidos semanalmente e feita uma leitura inicial. Num processo de múltiplas leituras os dados foram organizados de acordo com as dimensões apresentadas no anexo X. Quanto aos restantes documentos

recolhidos, procedeu-se a uma leitura dos mesmos, no sentido de identificar os objetivos e as competências a desenvolver pelos estudantes.

A consulta e leitura destes documentos foram consideradas por nós como uma mais-valia para a compreensão do nosso caso em estudo.

Entrevistas

Terminada a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição de cada uma, tendo sido registado integralmente todos os conteúdos verbalizados pelos atores. Após a transcrição das entrevistas e validação das mesmas pelos respetivos entrevistados, estas foram codificadas usando uma letra e um algarismo.

Seguidamente, à semelhança do procedimento utilizado com as notas de campo identificamos as unidades de contexto e unidades de registo atribuindo-lhe os respetivos códigos.

Construímos uma grelha de análise inicial das quatro entrevistas, onde incluimos excertos das mesmas, identificados como representativos de cada um dos domínios. Este processo, à semelhança do anterior, foi também exaustivo e moroso, exigindo do mesmo modo, uma constante recursividade.

Através do tratamento da informação oriunda das entrevistas construímos grelhas de análise elaboradas por dimensões, domínios e categorias.

Para a construção do sistema de categorias apoiamo-nos nas dimensões e domínios da observação participante. Sentimos, no entanto, necessidade de englobar outras dimensões devido à riqueza e pertinência da informação obtida. Por sua vez, algumas categorias não foram englobadas na entrevista, devido a poderem ser facilmente manipuláveis pelos inquiridos (anexo IX).

Terminamos o tratamento da informação dispondo das unidades de contexto colocadas em grelhas de análise e da informação obtida através da observação reduzida em matrizes (anexos XIII, XIV, XV).

Questionários

O número total de questionários referentes ao EIPQ no primeiro momento foi de 70 e no segundo momento de 69. Em relação ao inventário de competências obtivemos um total de 69 questionários em cada um dos momentos. Iniciamos o tratamento de dados quantitativos com a verificação total dos questionários, no sentido de saber se todas as questões tinham sido preenchidas de forma adequada. Seguidamente, através do código pessoal, organizamos os quatro questionários correspondentes a cada estudante. Foram eliminados os questionários para os quais não existia o conjunto completo. Obtivemos um total de 69 conjuntos de quatro questionários. Posteriormente, efetuamos uma segunda verificação a todos estes conjuntos de questionários, com o intuito de nos certificarmos, se este era efetivamente o primeiro ensino clínico que os estudantes realizavam. Por último, cada questionário foi numerado externamente obedecendo ao seguinte formato: um primeiro número, que variou entre 1 e 69 correspondente a cada conjunto de questionários e um segundo número que variou entre 1 e 4 correspondente a cada questionário do respetivo conjunto. No quadro que se segue tentamos ilustrar a numeração utilizada:

1.1	1.2	1.3	1.4
2.1	2.2	2.3	2.4
3.1	3.2	3.3	3.4
(...)	(...)	(...)	(...)
69.1	69.2	69.3	69.4

No programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 for Windows, criamos uma base de dados onde todos os questionários foram introduzidos e posteriormente tratados.

Para determinar os estatutos da identidade, realizamos os mesmo procedimentos que os autores consultados (Balistreri et al, 1995; Abreu, 2005; Luyckx, Goossens, Beyers & Soenens, 2006).

Utilizamos um score médio da dimensão exploração de 65.91 para o primeiro momento e 65,01 para o segundo. O score médio da dimensão investimento foi

respetivamente 62.82 para o primeiro momento e 63,84 para o segundo. Recorremos à análise discriminante para analisar os resultados obtidos.

Em relação ao “Inventário de Competências” por nós construído, apoiando-nos no “Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais” (OE, 2012) assumimos, à semelhança do referido documento, que as 79 competências apresentadas pelos peritos passariam a “Critérios de Competências”. Nesse sentido, estabelecemos a correspondência entre os “Critérios de Competências” apresentados no nosso inventário, e as 12 competências definidas pela OE (2012).

Obtivemos as seguintes conexões:

A – DOMÍNIO: RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
A1. Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade	1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora. 2 - Reconhece o seu papel enquanto estudante. 3 - Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro. 4 - Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual.

A – DOMÍNIO: RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
A2. Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos	5 - Conhece efetivamente o Código Deontológico. 6 - Exerce de acordo com o Código Deontológico. 7 - Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas. 8 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico. 9 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação. 10 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional. 11 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à privacidade. 12 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde. 13 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente. 14 - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas. 15 - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados. 16 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos. 17 - Presta cuidados culturalmente sensíveis. 18 - Pratica de acordo com a legislação aplicável. 19 - Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.

B – DOMÍNIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B1. Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados	20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem. 21 - Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências. 22 - Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde. 23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas. 24 - Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados. 25 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo. 26 - Demonstra conhecer os processos do direito associados aos cuidados de saúde. 27 - Apresenta a informação de forma clara e sucinta. 28 - Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.

B – DOMÍNIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B2. Contribui para a promoção da saúde	<p>29 - Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade.</p> <p>30 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinações da saúde.</p> <p>31 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.</p> <p>32 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.</p> <p>33 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.</p> <p>34 - Fornece informação de saúde relevante para os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.</p> <p>35 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.</p> <p>36 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.</p> <p>37 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.</p> <p>38 - Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.</p> <p>39 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.</p>

B – DOMINIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B3. Utiliza o Processo de Enfermagem	<p>40 - Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem.</p> <p>41 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão.</p> <p>42 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.</p> <p>43 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.</p> <p>44 - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.</p> <p>45 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.</p> <p>46 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.</p> <p>47 - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.</p> <p>48 - Documenta o plano de cuidados.</p> <p>49 - Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.</p> <p>50 - Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.</p> <p>51 - Documenta a implementação das intervenções.</p> <p>52 - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.</p> <p>53 - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.</p> <p>54 - Utiliza os dados de avaliação para modificar o plano de cuidados.</p>

B – DOMINIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B4. Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes	<p>55 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.</p> <p>56 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica pela sua área de competência.</p> <p>57 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.</p> <p>58 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.</p> <p>59 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.</p> <p>60 - Utiliza a informação disponível, de forma eficaz e apropriada.</p> <p>61 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos /aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.</p>

B – DOMÍNIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B5. Promove um ambiente seguro	<p>62 - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.</p> <p>63 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.</p> <p>64 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.</p> <p>65 - Implementa procedimentos de controlo de infeção.</p> <p>66 - Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança.</p> <p>67 - Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.</p>

B – DOMÍNIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B6. Promove cuidados de saúde interprofissionais	<p>68 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.</p> <p>69 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e restante equipa.</p> <p>70 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.</p> <p>71 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.</p> <p>72 - Revê e avalia os cuidados com o tutor.</p>

B – DOMÍNIO: PRESTAÇÃO E GESTÃO DE CUIDADOS	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
B7. Delega e supervisiona tarefas	<p>NOTA: No nosso inventário os critérios referentes a esta competência foram excluídos, pelo que, a mesma foi também excluída.</p>

C – DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
C1. Contribui para a valorização profissional	<p>73 - Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.</p> <p>74 - Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.</p> <p>75 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.</p>

C – DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
C2. Contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem	NOTA: No nosso inventário os critérios referentes a esta competência foram excluídos, pelo que, a mesma foi também excluída.

C – DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	
COMPETÊNCIA (OE, 2012)	CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIA (Inventário de Competências)
C3. Desenvolve processos de formação contínua	76 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas. 77 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências. 78 - Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua. 79 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

No sentido de obter um estudo detalhado em relação às competências desenvolvidas pelos estudantes ao longo dos diferentes ensinos clínicos, efetuamos a nossa análise, tendo como base os “Critérios de Competências” apresentados no nosso inventário. Nesse sentido, recorreremos aos testes paramétricos. Para comparar as médias entre o inventário aplicado no fim do primeiro ensino clínico e o aplicado no fim do segundo ensino clínico utilizamos o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas. Para comparar as médias entre os inventários aplicados aos estudantes que efetuaram ensino clínico de cirurgia e os que efetuaram ensino clínico de medicina no mesmo momento utilizamos o teste *t* de *Student* para amostras independentes.

Triangulação de dados

Uma das estratégias utilizadas no nosso estudo foi a triangulação. A triangulação consiste na combinação de duas ou mais teorias, métodos ou fontes de dados (Lessard-Hebert et al 2005). A este propósito Yin (2005) defende que qualquer conclusão de um estudo será sempre mais rigorosa se se basear em várias fontes distintas de informação. Cohen & Manion (1980), referenciados por Abreu (1994), consideram vários tipos de

triangulação na pesquisa: temporal, espacial, teórica, de observadores, metodológica, de fontes e interna.

Para além de permitir o cruzamento da informação de diferentes fontes e/ou por diferentes métodos de recolha de informação, com vista à confirmação de dados, a triangulação permite ainda a clarificação de sentidos e uma melhor interpretação dos factos (Flick, 2005).

Recorremos no nosso estudo a dois tipos de triangulação: metodológica e de fontes. A triangulação metodológica englobou as entrevistas, a observação e os questionários. Quanto à triangulação de fontes privilegiamos os diferentes atores envolvidos no processo (estudantes, professor e tutores).

1.6 – DIMENSÕES ÉTICAS DO ESTUDO

A ética caracteriza-se por uma forma adequada de se estar na vida, bem como por um conjunto de comportamentos humanos sadios, que se regem por normas, princípios e valores. De acordo com esta visão, e agora no âmbito da ética relativa à investigação que envolve sujeitos humanos, é crucial ter em conta, o consentimento informado e a proteção dos mesmos contra qualquer espécie de dano.

Como se torna óbvio, a relação estabelecida entre sujeito e investigador é muito diferente quanto se trata da abordagem quantitativa ou da qualitativa. Se na primeira, a relação estabelecida entre ambos é muito limitada, o mesmo não acontece em relação à segunda. Na investigação qualitativa, a relação é continuada e desenvolve-se ao longo do tempo. Nesse sentido, Bogdan & Biklen defendem que há um conjunto de convenções que o investigador qualitativo tem que ter em conta durante o trabalho de campo.

- *As identidades dos sujeitos devem ser protegidas.* O anonimato deve contemplar não só o material escrito, mas também, os relatos verbais da informação recolhida durante a observação.

- *Os sujeitos devem ser tratados respeitosamente e de modo a obter a sua cooperação na investigação.* Os sujeitos devem ser informados sobre os objetivos da investigação antes de dar o seu consentimento.

- *Ao negociar a autorização para efetuar um estudo o investigador deve ser claro e explícito.*

- O investigador deve *ser autêntico quando escreve os resultados*. A característica mais importante de um investigador deve ser a sua devoção e fidelidade aos dados que obtém (1994: 77).

Os referidos autores acrescentam que, para além destas linhas de orientação para a tomada de decisão de caráter ético, existe uma diversidade de decisões muito complexas que ficam à responsabilidade do investigador. Nesses casos, é fundamental que o investigador tenha consciência dos seus valores, crenças e da sua responsabilidade para com os outros.

Ao longo do nosso estudo e de acordo com os princípios de boas práticas referidos anteriormente, asseguramos respeitar em todas as etapas do estudo, os princípios éticos de salvaguarda da dignidade, integridade e respeito pelos direitos dos participantes.

No primeiro momento, começamos por estabelecer contacto com uma das autoras do questionário Ego Identity Process Questionnaire, Doutora Nancy A. Busch Rossnagel, no sentido de obter permissão para a utilização do mesmo (anexo I).

Paralelamente, efetuamos reuniões de preparação com os Presidentes do Conselho Diretivo, Científico e Coordenador do Curso da Escola em estudo, onde explicitamos o nosso projeto e solicitamos colaboração e respetiva autorização. Após autorização, realizamos reuniões com os professores envolvidos e respetivos tutores, no sentido de clarificar os objetivos do nosso estudo, disponibilizando-nos para qualquer questão que entendessem necessária. Por último, foi efetuada uma reunião com os estudantes onde, após apresentação do projeto, foi solicitada a colaboração e autorização para a realização do mesmo. Todos os estudantes foram alertados para o direito de recusar participar no estudo, garantindo assim o uso de liberdade que se lhes assiste.

Durante as fases de construção e aplicação do inventário de competências, bem como, da aplicação do Ego Identity Process Questionnaire tivemos sempre a preocupação de manter o anonimato e confidencialidade de dados. Apesar de ser do nosso interesse estabelecer relação entre os diferentes questionários que cada um dos estudantes preencheu, optamos por solicitar a utilização de um código pessoal anónimo.

Em relação aos relatórios produzidos pelos estudantes, às notas de campo e aos relatos das entrevistas, excluímos todos os nomes que pudessem pôr em causa o anonimato e confidencialidade de dados optando pela atribuição de códigos, do nosso exclusivo conhecimento.

2 – CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO CONTEXTO DO ESTUDO

“Nossos adolescentes atuais parecem amar o luxo. Têm maus modos e desprezam a autoridade. São desrespeitosos com os adultos e passam o tempo vagando nas praças. São propensos a ofender seus pais, monopolizam a conversa quando estão em companhia de outras pessoas mais velhas; comem com voracidade e tiranizam seus mestres.”

(Sócrates, séc. I aC)

Apoiados nos dados obtidos na primeira parte do Ego Identity Process Questionnaire aplicado no início do ano letivo, bem como, dos resultados da análise qualitativa, mais especificamente na dimensão “Contexto”, dedicar-nos-emos neste capítulo à caracterização dos estudantes e respectivas unidades onde os mesmos realizaram os ensinamentos clínicos I e II. Terminaremos com uma abordagem aos fatores condicionadores da aprendizagem emergentes dos contextos clínicos.

2.1 – OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COMO ATORES DA PESQUISA

A nossa investigação desenvolveu-se, conforme anteriormente referido, numa turma de estudantes do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem que iniciou o curso no ano letivo de 2006/2007 e que terminou em 2009/2010.

Apresentamos de seguida a população de estudantes alvo do nosso estudo, reportando-nos ao momento, em que iniciaram o ano letivo.

No quadro 14 apresentamos os dados descritivos da idade dos participantes.

QUADRO 14 – Distribuição da População por Faixa Etária

IDADE	ni	%
18	6	8.7%
19	28	40.55%
20	20	29.0%
21	7	10.15%
22	5	7.25%
23	1	1.45%
25	1	1.45%
30	1	1.45%
Total	69	100%

A população de estudantes alvo do nosso estudo era constituída por 69 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos. Como se pode verificar através do quadro anterior a faixa etária destes jovens era relativamente homogénea: 95,7% dos estudantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos e 4,3% entre os 23 e os 30 anos. Uma análise mais pormenorizada indica-nos que 8,7% dos mesmos tinha 18 anos, 40,55% 19 anos e 29,0% encontrava-se na faixa etária dos 20 anos. Ou seja, 78,3% da população apresentava uma idade compreendida entre os 18 e os 20 anos. Tratando-se de estudantes a frequentar o 2º ano do ensino superior, parece-nos poder afirmar que a maioria destes jovens foram bem-sucedidos ao longo do seu precedente percurso académico.

Mostramos de seguida, através do quadro 15, os dados relativos ao género.

QUADRO 15 – Distribuição da População por Género

GENERO	ni	%
Feminino	60	86,95%
Masculino	9	13,05%
Total	69	100%

De acordo com o apresentado no quadro acima, a distribuição da população por género era muito heterogénea. Este dado está em concordância com a atual realidade profissional. Atendendo ao seu percurso histórico e sociocultural, a profissão de enfermagem tem sido, e continua a ser, maioritariamente feminina.

Para Serra (2011), os estereótipos de género, tem implicações no que diz respeito às relações intergrupais e consequentemente no desenvolvimento da identidade profissional. O referido autor sugere que homens e mulheres possam ter níveis de identidade profissional diferentes. Considera ainda que os conceitos associados ao género mantêm uma influência não menosprezável na socialização profissional dos estudantes de enfermagem e que concede teoricamente vantagens ao género feminino.

O mesmo autor admite que apesar de ser uma área profissional marcadamente impregnada de estereótipos de género, tem havido uma certa relativização dos mesmos, sendo os indivíduos do género masculino considerados cada vez mais “naturais” na profissão e respetivo curso (Serra, 2011). Não exclui, no entanto, o facto de o género influenciar ao nível das áreas preferenciais de intervenção.

Na mesma linha encontramos os trabalhos desenvolvidos por Wan Chik et al (2012), Vaismoradi et al (2011) e por Losa Iglesias & Bengoa Vallejo (2011), por nós apresentados na primeira parte deste trabalho, que defendem a existência de um conjunto de estereótipos sociais que podem ter um impacto negativo sobre o desempenho académico nos estudantes do género masculino.

No nosso estudo verificamos que de acordo com alguns intervenientes, nomeadamente um dos tutores, os estudantes do género masculino têm uma postura diferente face ao trabalho de enfermagem, comparativamente com os estudantes do género feminino.

“ «(...) as alunas substituem os alunos nos cuidados aos doentes. É necessário estar sempre a chamá-los à atenção. Sempre que podem, os rapazes fogem dos autocuidados. (...) Há dias o E2 estava a ajudar uma colega a dar banho a um doente dependente. E outra colega estava no chuveiro, a dar banho ao doente do E2» ”. (Notas de Campo – C4)

Ao cruzarmos a idade com o género verificamos, tal como ilustrado através do quadro 16, que a totalidade dos indivíduos do género masculino encontra-se numa faixa etária compreendida entre os 18 e os 20 anos. Em relação ao género feminino, apesar do

intervalo de idade ser maior, identificamos uma elevada percentagem de indivíduos (82,6%) com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos.

QUADRO 16 – Relação entre Género e Idade dos Estudantes

IDADE/ ANOS	GÉNERO					
	Feminino		Masculino		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%
18	3	4,35%	3	4,35%	6	8,7%
19	25	36,20%	3	4,35%	28	40,55%
20	17	24,65%	3	4,35%	20	29%
21	7	10,15%	0	0%	7	10,15%
22	5	7,25%	0	0%	5	7,25%
23	1	1,45%	0	0%	1	1,45%
25	1	1,45%	0	0%	1	1,45%
30	1	1,45%	0	0%	1	1,45%
TOTAL	60	86,95%	9	13,05%	69	100%

No sentido de percebermos se esta era realmente a profissão que os jovens em estudo desejavam exercer, solicitamos no primeiro questionário que nos indicassem em que posição colocaram o curso de enfermagem na candidatura de acesso ao ensino superior. O quadro 17 apresenta-nos os resultados.

QUADRO 17 – Distribuição da População em Relação à Opção pelo Curso

OP. PELO CURSO	ni	%
1º Opção	63	91.3%
2º Opção	6	8.7%
Total	69	100%

Verificamos que 91,3% dos estudantes referiram ter-se inscrito no curso de enfermagem como primeira opção. A este propósito uma estudante, sujeita a observação participante, referiu:

“(…) « foi muito interessante, no início do 1º ano, o debate que tivemos em sala de aula sobre as razões que levaram cada um dos alunos da turma a optar pelo curso». Afirmou que «uns vieram porque gostam, outros por influência dos pais e outros ainda não sabiam muito bem porquê».

Defendeu estar no curso porque gosta e que considera ser muito difícil «ser enfermeiro» sem se gostar. Disse: «Eu antes queria tirar um curso com poucas saídas profissionais do que andar a vida toda a fazer uma coisa de que não gostasse. Mesmo sem saída profissional havia de me desenrascar» ”. (Notas de Campo - C11)

Salientamos o facto de a totalidade dos indivíduos do género masculino ter escolhido o curso de enfermagem como primeira opção.

Porque no nosso estudo apenas queríamos privilegiar estudantes sem experiência clínica anterior, incluímos no questionário duas questões que nos permitiram confirmar se este era realmente o primeiro ensino clínico que cada estudante realizava. Os quadros 18 e 19 apresentam-nos os resultados obtidos.

QUADRO 18 – Numero de Estudantes que frequentam o 2º Ano do CLE pela 1ª vez

FREQUENTA O 2º ANO DO CLE PELA 1ª VEZ	ni	%
Sim	65	94,2%
Não	4	5,8%
Total	69	100%

QUADRO 19 – Numero de Estudantes que já frequentaram EC anteriormente

ESTUDANTES QUE JÁ FREQUENTARAM EC ANTERIORMENTE	ni	%
Sim	0	0%
Não	69	100%
Total	69	100%

Como podemos verificar através do quadro 19, os atores em estudo, aquando da colheita de dados, ainda não tinham realizado nenhum ensino clínico, apesar de quatro deles, já terem frequentado anteriormente a componente teórica do respetivo ano de curso (quadro 18). Tendo em conta estes resultados, considerou-se que a totalidade da população reunia os critérios para o nosso caso de estudo.

Como referimos no terceiro capítulo da primeira parte deste trabalho, a juventude (18 a 22 anos) é considerada a última fase da adolescência, sendo de acordo com os autores por nós consultados (Erikson, 1976; 1983; Costa, 1986; 1990; 1991), o período por excelência

de consolidação da identidade inicial. Nesse sentido, pareceu-nos pertinente, privilegiar neste espaço, a caracterização dos atores em relação à sua identidade pessoal antes de serem sujeitos à influência dos contextos da prática clínica. O quadro 20 apresenta os resultados obtidos:

QUADRO 20 – Distribuição da População pelos Estatutos da Identidade

ESTATUTO DA IDENTIDADE	ANTES DOS EC'S	
	ni	%
Identidade Construída	14	20.3%
Moratória	23	33.3%
Identidade Outorgada	18	26.1%
Identidade Difusa	14	20.3%
Total	69	100%

Através do quadro 20 podemos verificar que antes dos ensinos clínicos I e II, 53,6% dos estudantes já tinha experienciado ou encontrava-se a experienciar um contexto facilitador de exploração. Tal facto, não tendo por base experiências clínicas anteriores, estará certamente relacionado, à semelhança do que nos referiu uma estudante, com contextos familiares, académicos, formação pessoal, experiência de vida, entre outros, facilitadores e promotores do desenvolvimento pessoal.

“ (...) A E5 é muito perspicaz, demonstra maturidade e sensibilidade. Apercebe-se facilmente dos problemas emocionais e psicológicos das utentes. Conversei com ela sobre esse aspecto. Referiu estar relacionado com a «formação pessoal adquirida na família». «Somos seis filhos e eu sou das mais velhas. Não é fácil. Os meus pais incutiram-me determinados valores que eu respeito».” (Notas de Campo - M17)

Uma observação mais detalhada sobre o quadro referido indica-nos que 33,3% dos participantes se encontravam em fase de exploração (moratória) e 20,3% eram capazes de tomar decisões em domínios significativos da identidade (identidade construída). Por sua vez, 26,1% dos atores estavam muito vinculados às expectativas parenterais (outorgados) e os restantes 20,3% ainda não possuíam uma definição identitária (identidade difusa).

No sentido de identificarmos as relações existentes entre a idade dos atores e a sua identidade pessoal, cruzamos estas duas variáveis. Os resultados são apresentados no quadro 21:

QUADRO 21 – Relação entre a Idade dos Estudantes e os Estatutos da Identidade

IDADE / ANOS	ESTATUTO DE IDENTIDADE									
	I. Construída		Moratória		I. Outorgada		I. Difusa		Total	
	ni	%	ni	%	Ni	%	ni	%	ni	%
18	0	0%	1	1,45%	4	5,8%	1	1,45%	6	8,7%
19	3	4,35%	11	15,9%	7	10,15%	7	10,15%	28	40,55%
20	6	8,7%	6	8,7%	5	7,25%	3	4,35%	20	29%
21	1	1,45%	3	4,35%	2	2,9%	1	1,45%	7	10,15%
22	2	2,9%	2	2,9%	0	0%	1	1,45%	5	7,25%
23	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,45%	1	1,45%
25	1	1,45%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,45%
30	1	1,45%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,45%
Total	14	20,3%	23	33,3%	18	26,1%	14	20,3%	69	100%

Pela análise do quadro 21, não nos pareceu existir qualquer tipo de relação entre a idade dos indivíduos e os estatutos da identidade, a não ser o facto de os estudantes com idade igual ou superior a 25 anos terem já uma identidade construída. Situação perfeitamente aceitável de acordo com a perspetiva de James Marcia. Por representar apenas 2,9% da população não nos pareceu relevante explicar estes resultados.

Seguidamente, como se pode observar através do quadro 22, procedemos de forma semelhante para as variáveis género e identidade pessoal.

QUADRO 22 – Relação entre o Género dos Estudantes e os Estatutos da Identidade

GENERO	ESTATUTO DE IDENTIDADE									
	I. Construída		Moratória		I. Outorgada		I. Difusa		Total	
	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%	ni	%
Feminino	14	20,3%	20	29%	15	21,7%	11	15,9%	60	86,95%
Masculino	0	0%	3	4,35%	3	4,35%	3	4,35%	9	13,05%
Total	14	20,3%	23	33,3%	18	26,1%	14	20,3%	69	100%

Através do quadro 22 verificamos que em relação ao género masculino existe uma distribuição muito homogénea entre três dos estatutos de identidade (moratória, outorgada e identidade difusa). Salientamos que nenhum dos indivíduos do género masculino apresenta uma identidade construída. Relembramos, que de acordo com o apresentado no quadro 17, o intervalo de idades destes jovens se situava entre os 18 e os 20 anos. Tal facto pode, por si só, ser justificativo da ausência de indivíduos nesse estatuto de identidade. Realçamos que no género feminino, sobressaíram os estatutos de identidade que privilegiam a dimensão exploração.

2.2 – NATUREZA SOCIO-CLÍNICA DOS LOCAIS DE FORMAÇÃO CLÍNICA.

Neste espaço, dedicar-nos-emos à caracterização dos contextos clínicos, onde os estudantes sujeitos a observação participante desenvolveram as suas práticas.

Sendo o hospital uma instituição de saúde onde várias classes profissionais põem ao dispor da população saberes, conhecimentos e tecnologias, através de um conjunto de competências técnicas, científicas e relacionais, e tendo como objetivo central intervir na doença da qual o ser humano é portador, possui, no entanto, uma cultura muito própria, resultante das próprias representações de saúde/doença, das ideologias e das identidades profissionais nele existente (Varandas, 2008).

Os serviços hospitalares onde os estudantes realizaram os ensinamentos clínicos de medicina e cirurgia, estão localizados num hospital Universitário onde coexistem para além da produção de cuidados as vertentes investigação e ensino. Este hospital sobressai de entre os demais, pela sua imponente estrutura arquitetónica. A sua abertura remonta ao

final da década de 50, início de 60 do século passado. O seu interior possui uma estrutura física muito semelhante entre os diferentes pisos, tornando-se por isso de difícil orientação. Os espaços são de tal forma idênticos, que facilmente se confundem. Os múltiplos corredores, e diversos conjuntos de escadarias, a todo o momento se entrecruzam.

Dado tratar-se de uma instituição de elevadas dimensões e vocacionado para o ensino e investigação científica, continuamente ao longo do mesmo, circulam um elevado número de pessoas: doentes e respetivos familiares, funcionários e estudantes de vários setores da saúde. Em muitos casos, os corredores dos próprios serviços são locais de passagem para outras unidades. Nos mesmos espaços, circulam simultaneamente pessoas internas e externas aos respetivos serviços. Devido ao ruído e movimentação constante, a “identidade de ser doente” nem sempre é respeitada.

Mesmo dentro das enfermarias, no período da manhã, a agitação é uma constante, à semelhança do que refere Carapinheiro “*É frequente observar nas enfermarias (...) grupos de alunos (...), à volta da cama do doente, em sessões de ensino, (...)*” (1993: 120).

De acordo com alguns estudos sociológicos referentes aos serviços hospitalares é comum estabelecer-se uma classificação com base na distinção entre os serviços de medicina e os serviços de cirurgia, correspondendo cada um deles aos “*grandes recortes da medicina*” (Carapinheiro, 1993: 97). Estes são caracterizados por organizações complexas onde “*o desenvolvimento das atividades integra múltiplos agentes de nível e de natureza diversa e onde estão instalados os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença*” (Rua, 2011: 174).

Os doentes internados nestas unidades permanecem por um período variável de tempo, necessitando de cuidados que os ajudem a satisfazer as suas necessidades humanas fundamentais que se encontram alteradas, ou a restabelecer o seu estado de saúde (Rua, 2011). São serviços constituídos por enfermarias, salas de trabalho destinadas à equipa de enfermagem, sala de tratamentos, gabinetes médicos, espaços de armazenamento de materiais, refeitório, casas de banho, entre outros. As equipas de saúde, independentemente da especialidade (medica ou cirúrgica), são compostas por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, pessoal administrativo, sendo ainda complementadas por

nutricionista, psicólogo e assistente social. Estes últimos não integram a equipa anterior em exclusividade, na medida em que prestam apoio a várias unidades.

Apesar de um conjunto de aspetos comuns, a dinâmica de cada um dos serviços onde os estudantes realizaram ensino clínico, é muito distinta e relaciona-se com as atividades específicas de cada um dos mesmos. Devido a tal facto caracterizaremos de seguida cada um dos contextos.

Serviço de Medicina

As unidades de medicina caracterizam-se pela produção de cuidados polivalentes. Tem um papel fulcral nas complexas interações dos vários sistemas afetados. Tratando-se de uma especialidade que abrange as patologias dos vários órgãos e sistemas, a medicina interna é considerada o pilar de qualquer unidade hospitalar. Devido à sobrelotação e ao cariz mais tecnicista dos serviços de especialidade, existe alguma tendência, para transformar este tipo de unidade, no acolhimento de doentes crónicos e idosos.

O serviço onde os estudantes sujeitos a observação participante efetuaram ensino clínico de medicina caracteriza-se, à semelhança dos demais serviços da mesma especialidade, pela presença de idosos (neste caso do sexo feminino) de faixa etária elevada e com alterações ao nível das atividades de vida diária. Referimo-nos à necessidade de ajuda ou total dependência para as atividades do domínio dos autocuidados: alimentação, higiene pessoal, vestir e despir, transferir, deambular, ... As patologias habitualmente encontradas nestes doentes são: doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonias, acidentes vasculares cerebrais, acidentes isquémicos transitórios, insuficiência cardíaca congestiva, pielonefrites, doenças hepáticas, cirroses, entre outras. Devido às condicionantes patológicas e muitas vezes sociais, económicas e familiares, o tempo de internamento destes doentes é longo.

O serviço tem uma estrutura em T, encontrando-se na sua base, três enfermarias, sala de enfermagem e casas de banho, sendo que na parte superior do T se encontram gabinetes médicos, gabinete da enfermeira chefe, refeitório, copa, duas enfermarias, entre outros. Possui um total de 27 camas distribuídas por cinco enfermarias e um quarto. A porta que dá acesso ao serviço, não se encontrando encerrada, permite que através do corredor,

circulem profissionais de saúde e doentes do respetivo serviço, mas também, possibilita a passagem de pessoas estranhas ao serviço a outros espaços do hospital. O estado de conservação do serviço torna-o pouco acolhedor. O mobiliário existente nas enfermarias é antigo demonstrando desgaste. As camas são altas, dificultando o acesso dos doentes às mesmas, parecendo estar mais direcionadas para os procedimentos efetuados pelos profissionais do que para o conforto do doente.

A equipa de enfermagem que trabalha nesta unidade demonstra possuir capacidades humanas (quer afetivas, quer relacionais), estabelecendo com as doentes uma relação empática. Os cuidados prestados privilegiam a relação enfermeiro-doente. Os enfermeiros demonstram sensibilidade às manifestações não-verbais e fisiológicas, assim como, aos sinais e sintomas do doente. As intervenções de enfermagem são fundamentalmente dirigidas para as atividades do domínio dos autocuidados, prevenção ou tratamento de úlceras de pressão, risco de queda, ... Em relação a este aspeto um tutor refere:

“A medicina é aquele tipo de serviço que acaba por alertar para o que se faz em todos os outros serviços. Quer em termos de tipo de utentes, quer em termos dos aspetos sociais. As carências deste tipo de doentes e os graus de dependência fazem com que desenvolvamos muito a nossa atenção” (Entrevista T3).

À semelhança do que refere Carapinheiro *“as enfermarias, as salas de trabalho de enfermagem e as salas dos médicos constituem as grandes regiões do serviço”* (1993: 103), na medida em que é aqui que cada grupo profissional exerce a sua atividade. Apesar disso, a interação entre os diferentes grupos profissionais é muito reduzida. A segmentação e hierarquização profissional são evidentes.

Serviço de Cirurgia

Os serviços de cirurgia distinguem-se dos anteriores pelo facto de a produção de cuidados estar condicionada ao tipo de tratamento efetuado – tratamento cirúrgico. Os cuidados prestados nestas unidades definem-se em função da especificidade da doença,

permitindo o desenvolvimento de competências específicas diretamente relacionadas com a mesma.

O serviço de cirurgia, onde os estudantes sujeitos a observação participante efetuaram ensino clínico II, acolhe indivíduos do sexo masculino. Os doentes aí internados encontram-se em diferentes estádios ao nível de dependência e de autonomia. Por um lado, encontramos doentes quase completamente independentes e autónomos (exceto durante as primeiras horas de pós-operatório), por outro, existem doentes com grau de dependência moderado ou até mesmo elevado, sendo estes últimos, pouco frequentes (casos específicos de neoplasias em fase terminal). É possível encontrar uma grande diversidade de patologias de foro cirúrgico, verificando-se no entanto, um número significativo de doentes com patologia digestiva. A gravidade das situações clínicas situa-se entre as apendicectomias até às neoplasias.

“ (...) é um serviço que abrange todas as áreas. É muito global. Não é de forma nenhuma um serviço específico, só virado para um determinado grupo de patologias. (...) Desde doentes acidentados, aos traumatismos craneoencefálicos, fraturas dos arcos costais, ... cirurgia plástica, cirurgia vascular. Temos também doentes de urologia. Doentes tanto do foro médico como do foro cirúrgico, que não deixam de ser de foro médico porque tem um problema cirúrgico temporário” (Entrevista T4).

Ao contrário do que ficou dito em relação ao serviço de medicina, os doentes internados nas unidades de cirurgia, não possuem qualquer prevalência em relação à faixa etária.

O serviço possui um total de 60 camas, sendo que uma enfermaria de seis camas, no período em que efetuamos a observação participante, se encontrava encerrada para obras. É constituído por duas alas, cada uma delas com uma estrutura em T. Em cada uma das alas encontramos os mesmos espaços e as mesmas características físicas do serviço anteriormente referido. Atendendo ao tipo de tratamentos efetuados, existem aqui duas “salas de tratamentos” onde se particularizam formas específicas de atuação e de colaboração entre as equipas médica e de enfermagem. As salas de tratamento são espaços continuamente utilizados durante o turno da manhã, onde devido ao elevado número de doentes que necessita deste tipo de cuidados, se encontram divididas por biombos e a cada momento, simultaneamente, se prestam cuidados a dois doentes. O aparato em alguns

momentos é grande, e o número de profissionais/estudantes a observar/prestar cuidados ao doente, induz o seu constrangimento.

Aos enfermeiros que trabalham neste tipo de unidades é exigido estarem aptos a compreender e debelar emoções, e paralelamente, prestar bons cuidados técnicos. Segundo este pressuposto, é fundamental que o enfermeiro possua competências científico-técnicas e humanas, tanto a nível de prevenção de complicações como do tratamento cirúrgico. Ao nível técnico, é exigida uma observação atenta do doente e o dominar um conjunto de procedimentos que o envolvem. Ao nível humano, é importante que desenvolva as competências relacionais e comunicacionais. Contudo, as competências reconhecidas como prioritárias pelos enfermeiros que trabalham nesta unidade parecem centrar-se fundamentalmente ao nível científico-técnico.

A segregação espacial e simbólica não é tão notória neste serviço de cirurgia quanto no anteriormente apresentado. Ao nível das interações, não se verifica o isolamento entre as categorias profissionais como as referidas no caso do serviço de medicina.

Comum aos dois serviços apresentados, temos a organização do espaço físico destinado aos doentes. Apesar de existir um espaço privado para os doentes em elevado sofrimento ou em fase final de vida, este, nem sempre é utilizado. Independentemente do seu estado, com frequência o doente permanece na enfermaria exposto aos “diversos olhares”. A este propósito Carapinheiro refere:

“Nestas situações torna-se insustentável para os doentes co-habitarem no mesmo espaço, onde as ondas de sofrimento individual se coletivizam e transformam o clima da enfermaria num clima infernal. O desconforto, a dor e o desespero contagiam-se na proximidade das camas e o apertado espaço individual deixa de poder ser o reduto de viver a sua própria doença em privado, para passar a ser um espaço invadido pela proximidade das doenças dos outros” (1993: 120).

Conforme explanaremos no quarto capítulo desta parte, durante o nosso período de observação, deparamo-nos com situações de elevado sofrimento e dor, vivenciados não só pelos doentes, mas também pelos familiares dos mesmos. Nestas situações os contextos nem sempre privilegiaram a individualidade da pessoa.

*“«No dia seguinte, permanecia na mesma enfermaria. Já mal abria os olhos...»
” (Notas de Campo M17).*

No entanto, como ilustramos nas notas de campo que se seguem, em algumas situações foi o próprio doente que rejeitou o espaço privado, talvez pela necessidade que sente de não “estar só”.

“A estudante referiu «Aqui atrasado, a filha pediu aos enfermeiros para porem a mãe num quarto para ela estar mais sossegada. Os enfermeiros mostraram disponibilidade, mas foi a própria doente que recusou. Pediu para ficar na enfermaria» ” (Notas de Campo M15).

2.3 – OS ESTUDANTES, O MEIO E AS CONDICIONANTES DA APRENDIZAGEM

Como tem sido mencionado, os atores sujeitos a observação participante desenvolveram os seus ensinamentos clínicos em dois contextos: uma unidade de medicina e uma de cirurgia. Tratando-se de especialidades médicas com características específicas, o desenvolvimento das aprendizagens dos estudantes não decorreu de forma similar.

No contexto clínico de medicina, a integração dos estudantes na prática clínica, foi diferente da realizada no contexto clínico de cirurgia. Tal facto deveu-se a ser uma primeira experiência clínica, às especificidades do serviço e à metodologia adotada. Os tutores, no sentido de facilitar a integração dos estudantes, introduziram as diferentes atividades, de forma gradual. No primeiro dia de ensino clínico, os estudantes foram apresentados à enfermeira chefe do serviço e restante equipa de enfermagem presente. Foi-lhes mostrada a estrutura física do serviço e caracterizado o tipo de doentes que habitualmente são internados nesta unidade. Nos dois primeiros dias os estudantes estiveram em “observação”.

“Por norma, no primeiro dia apresentamos a chefe do serviço aos alunos e apresentamos o grupo à chefe. Depois apresentamos o grupo de alunos aos profissionais presentes. Os objetivos do ensino clínico são já do conhecimento de todos, mas relembramos. Seguidamente apresentamos o serviço (estrutura física) aos alunos. Falamos sobre o tipo de doentes e patologias mais frequentes. Falamos também do hospital em geral. Onde fica o bar, o refeitório, como podem fazer as suas refeições, ... Normalmente, no primeiro dia, não passa daí. No fundo tentamos integrá-los no serviço e na equipa. No segundo dia normalmente observam. Veem os profissionais a prestar os cuidados aos doentes. Não temos o hábito de pôr logo os alunos com doentes. Primeiro

observam e depois vamo-los integrando gradualmente nas diferentes atividades.” (Entrevista T3)

No terceiro e quarto dia foram atribuídos dois doentes para os oito estudantes, formando dois grupos. A distribuição foi de quatro estudantes por doente. Num dia, dois estudantes prestaram cuidados ao doente e os outros dois observaram. No dia seguinte, trocaram. No quinto e sexto dia, foi atribuído um doente a cada estudante, sendo-lhes permitido colaborar com os colegas. As atividades do domínio dos autocuidados foram realizadas dois a dois.

“Explicaram que os dois primeiros dias de ensino clínico, 5ª e 6ª feira, dias 7 e 8 foram de observação. «Na 2ª e 3ª feira, dias 11 e 12, ficamos com dois doentes para os oito alunos. Dividimo-nos em dois grupos de quatro. Quatro alunos por doente. Num dia, dois alunos prestaram os cuidados ao doente e os outros dois observaram, no dia seguinte trocamos. A partir de 4ª feira dia 13 cada um ficou com um doente”. (Notas de Campo - M2)

A partir do sexto dia de ensino clínico a integração das atividades continuou de forma gradual:

“Começamos pelos cuidados de higiene (colaborando com eles), alimentação e assim progressivamente.” (Entrevista T3)

Privilegiaram as atividades de autocuidado, a avaliação das glicemias, a administração de medicação subcutânea, avaliação de dados vitais, administração de oxigenoterapia, registos, passagem de turno e, por fim, administração da restante terapêutica. Sendo que esta última, também se dividiu em dois momentos: primeiro medicação oral e só mais tarde injetável (intramuscular e intravenosa).

“Os conceitos e técnicas foram introduzidos de forma gradual, só nos era delegado um novo procedimento, quando o anterior estava bem consolidado. Tal facto permitiu alcançar todos os objetivos propostos e ainda a satisfação de no final da prática clínica ter todas as técnicas interiorizadas, conseguindo a execução de um plano de cuidados em tempo útil”. (Doc. M10)

A partir da quarta semana os estudantes iniciaram a prestação de cuidados globais aos doentes que lhes estavam atribuídos. Manifestaram segurança em relação aos

procedimentos e referiram ser capazes de comunicar com os seus doentes. Disseram-se integrados.

“Referem com muito entusiasmo que já administraram terapêutica oral e que se sentem bastante seguros na execução dos vários autocuidados. Manifestam também que já conseguem comunicar mais facilmente com os doentes e que agora se sentem completamente integrados”. (Notas de Campo -**M5**)

Até ao fim da quinta semana de ensino clínico, apenas foi atribuído um doente por estudante. Os referidos atores estiveram, durante este período de tempo, todos alocados à mesma enfermaria. Na sexta semana de ensino clínico foram atribuídos, pela primeira vez, dois doentes. A partir desta fase os estudantes passaram a estar divididos por mais que uma enfermaria.

“ (...) foram atribuídos pela primeira vez dois doentes a cada estudante”. (Notas de Campo -**M8**)

“ (...) os estudantes estavam distribuídos por duas enfermarias”. (Notas de Campo -**M8**)

“ (...) Ocorreu uma alteração no que diz respeito à distribuição dos doentes. Passamos a ter duas salas, tendo por isso alguns alunos ficado com dois doentes” (**Doc. M6**)

Apesar de ser uma primeira experiência clínica, a integração ocorreu sem dificuldades. Constatamos assim, e à semelhança do defendido por Carvalhal (2003), Bevis & Watson (1989; 2005), Alarcão & Tavares (1987), entre outros, que o apoio e estratégias adotadas pelos supervisores clínicos foram essenciais para o desenvolvimento da aprendizagem.

No ensino clínico de cirurgia, não houve uma continuidade metodológica. Por se tratar de uma segunda experiência clínica, e também devido ao facto de os tutores deste ensino clínico, terem uma perspetiva metodológica diferente, a integração foi efetuada de forma mais rápida. O primeiro dia foi semelhante ao realizado no serviço anterior. Os estudantes foram apresentados à enfermeira chefe do serviço e restante equipa de

enfermagem presente. Também lhes foi mostrada a estrutura física do serviço e caracterizado o tipo de doentes que habitualmente são internados na referida unidade.

“ «O serviço foi-lhes apresentado. Mostramos tudo o que havia para mostrar. Materiais, salas, ocupação das camas, a forma como os doentes são distribuídos, ...Foi feita uma pequena reunião onde abordamos tudo isto» ”.
(Entrevista T2)

As atividades foram também, neste contexto, introduzidas de forma gradual. No segundo e terceiro dia, os estudantes não ficaram com doentes atribuídos. Colaboraram com os enfermeiros do serviço na prestação de cuidados. No quarto dia, foram atribuídos dois doentes a cada estudante.

Os dois ou três primeiros dias ficaram em observação. Ficaram com os enfermeiros das salas. Cada aluno acompanhou o respetivo enfermeiro e este teve o cuidado de lhe explicar todos os procedimentos que executava. Seguidamente foi feita a integração gradual das atividades. Primeiro sinais vitais, como utilizar o DINAMAP, ... Acompanhei cada aluno, sala por sala, doente por doente. Expliquei como havia de proceder e depois começamos com as higiènes já no quarto dia. As higiènes também dão muito trabalho porque eles têm medo de virar, de tocar em tudo... Tudo lhes faz confusão. Depois fomos integrando gradualmente as restantes atividades: terapêutica, ...» ”.
(Entrevista T2)

“ «Nós integramos os alunos progressivamente. (...).Começamos por lhes dar os primeiros dias para observar. Andar pelo serviço de forma a conhecer todas as áreas, todos os materiais. Observar de forma geral os recursos do serviço e observar o trabalho de toda a equipa, sem os integrar imediatamente nesse trabalho. Distribuímo-los pelas enfermarias para que eles se identificassem mais com determinado local, para não se sentirem perdidos no serviço, que é enorme. Assim dentro de cada enfermaria têm sempre um enfermeiro e têm 5 ou 6 doentes com quem eles podem conversar, acompanhar; acompanhar o trabalho do enfermeiro que está destinado a essa enfermaria e só observam. Isto nos primeiros dias (2º e 3º) dependendo do dia da semana em que começam. Depois começamos por lhe integrar as atividades de forma progressiva, dependendo da evolução que cada um tem e do grupo ”.
(Entrevista T4)

“ (...) nós distribuímos os alunos pelo serviço todo, por todas as enfermarias”.
(Entrevista T4)

Nos últimos dias da primeira semana deste ensino clínico, as intervenções realizadas pelos estudantes centraram-se nas atividades de autocuidado aos dois doentes que lhe estavam atribuídos. A partir de segunda-feira da segunda semana, prestaram cuidados

globais aos seus dois doentes. Apenas não efetuaram os registos no processo clínico, nem transmitiram a informação durante a passagem de turno. O registo da evolução dos doentes e respetiva transmissão de informação iniciou-se na quarta semana de ensino clínico.

“A tutora explicou como foi feita a integração das atividades: «A integração foi gradual, mas não muito lenta. Os alunos já fazem tudo exceto passar o turno. Fazem os registos e as notas de evolução, mas ainda não registam no processo do doente. Ainda precisam de algumas correções» ”. (Notas de Campo - C2)

Desde o início do ensino clínico de cirurgia, os estudantes foram distribuídos pelas várias enfermarias existentes no serviço, obedecendo aos seguintes critérios: enfermarias de duas ou três camas – um estudante; enfermarias com mais camas – dois estudantes. Este tipo de distribuição permitiu uma maior aproximação dos estudantes aos enfermeiros do serviço. Veremos de seguida, e de acordo com o sustentado por Simões, Alarcão & Costa (2008), que os enfermeiros foram agentes facilitadores da aprendizagem dos estudantes na medida em que permitiram descodificar as situações clínicas.

Como referido anteriormente, este serviço é composto por duas “alas”, pelo que na sexta semana de ensino clínico os estudantes trocaram de “ala” no sentido de lhes ser permitido o contacto com doentes que apresentavam outro tipo de patologias.

“A T4 aproveitou este momento para me informar que a meio do ensino clínico os estudantes iam mudar de «ala». Disse: «Os diagnósticos são diferentes, mas a equipa de enfermagem é a mesma. Tem como objetivo permitir ao aluno um maior número de experiências» ”. (Notas de Campo -C1)

Esta mudança não condicionou a integração, na medida em que a estrutura física é igual e a equipa de enfermagem é a mesma.

A integração no serviço de cirurgia foi facilitada devido aos seguintes aspetos: i – ser um segundo ensino clínico; ii – a receptividade da equipa multidisciplinar; iii – o modelo de distribuição dos estudantes. Por sua vez os fatores dificultadores da integração para alguns estudantes foram o género e a idade dos doentes, bem como o facto de estarem habituados a um maior acompanhamento por parte dos tutores.

“A E7 acrescentou que apesar de considerar que a integração na cirurgia foi mais fácil, referiu o género do doente como sendo uma dificuldade na integração.

Disse que foi a primeira vez que prestou cuidados a homens, sendo que a média de idade era mais baixa do que na medicina. (...) Acrescentou que não tendo sido seu doente, um jovem de vinte e poucos anos esteve internado na cirurgia. Considera que ia ser difícil, para ela, lidar com este doente por causa do fator idade/género”. (Notas de Campo - C1)

“A E5 referiu «Estamos mais entregues aos enfermeiros do serviço» ”. (Notas de Campo - C2)

Síntese de Capítulo

Ao longo deste capítulo efetuamos a caracterização dos estudantes do nosso estudo, assim como, os contextos onde decorreram as práticas clínicas. O grupo de atores, maioritariamente do género feminino, encontrava-se predominantemente numa faixa etária compreendida entre os 18 e os 22 anos de idade. Tratando-se de estudantes que se encontravam na fase de juventude, apoiados na teoria de James Marcia caracterizamos os mesmos face às dimensões investimento e exploração. Verificamos que antes de iniciar o primeiro contacto com a prática clínica, cerca de metade dos indivíduos tinha já vivenciado ou encontrava-se a vivenciar a dimensão exploração. Por sua vez, mais de metade dos restantes, apresentavam a dimensão investimento presente.

Após uma abordagem sobre as características dos contextos clínicos de medicina e de cirurgia, realçamos os aspetos mais relevantes de cada um. Valorizamos de forma particular o tipo de doentes internados nestas unidades e o grau de complexidade dos cuidados prestados. Tornou-se evidente que, quer a idade, quer o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina são mais elevados quando comparados com os do serviço de cirurgia.

Ficou claro que as metodologias adotadas nos dois ensinamentos clínicos realizados foram divergentes. Tal facto, como veremos de seguida, parece ter influenciado nas relações pedagógica e socio clínica, no desenvolvimento de competências profissionais e na estima de si.

3- DA RELAÇÃO AO DESEMPENHO DO PAPEL

“(...) Hoje diz-se que os estudantes têm o acesso à informação facilitado e adquirem conhecimentos facilmente. É verdade. Mas não têm preparação para selecionar esses conhecimentos e sedimentá-los. Tem dificuldade em integrá-los porque lhes faz falta essa relação humana. Eles precisam cada vez mais do apoio dos docentes, não no plano científico, mas em termos metodológicos, por exemplo”. (Patrício; 2009: s/p)

Neste capítulo analisaremos a relação estabelecida entre os vários intervenientes do processo de aprendizagem dos estudantes. Referimo-nos aos formadores, equipa multidisciplinar, utentes e respetivos pares. Utilizaremos para o efeito os resultados da análise qualitativa, mais especificamente as dimensões: Relação Pedagógica, Relações Socio Clínicas e Intervenção Pedagógica.

3.1 – RELAÇÃO FORMADOR – ESTUDANTE

Apoiados em vários autores, temos vindo a defender ao longo deste trabalho que a formação inicial em Enfermagem envolve duas componentes essenciais – teórica e prática – que se articulam e se vão complementando ao longo do curso. A primeira decorre em contexto de sala de aula, a segunda desenvolve-se em instituições de saúde. A componente prática envolve assim, para além dos estudantes e professores, os enfermeiros dos contextos clínicos.

Se é verdade que é através do contacto com os contextos reais, que os estudantes se vão apropriando da cultura, das representações e da identidade profissional, é também importante ter em conta que, à semelhança do que refere Abreu (2007), o primeiro contacto com a realidade clínica é sempre marcante para os estudantes, na medida em que é a partir desse momento que as práticas desenvolvidas ganham significado. Nesse sentido, e tal como temos realçado ao longo deste trabalho, a aprendizagem clínica desenvolvida nestes contextos necessita de um acompanhamento por profissionais experientes.

No contexto da relação que se estabelece entre os diferentes atores envolvidos no ensino clínico, quer o professor, quer o tutor, desempenham um papel crucial como promotores do desenvolvimento dos estudantes. As opções e orientações assumidas por estes têm implicações nas oportunidades proporcionadas e consequente desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes. No decorrer do processo formativo, é essencial que se estabeleça entre estes dois atores e o estudante, uma relação pedagógica, que se baseie numa relação de ajuda desenvolvida num ambiente de confiança, abertura e afetividade positiva, impulsionadora do seu crescimento profissional e pessoal (Carvalho, 2003).

Deste modo, os ensinamentos clínicos na formação inicial em enfermagem devem tornar-se momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, proporcionando aos estudantes, oportunidade para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional.

No estudo por si realizado, Carvalho (2003) evidencia que os estudantes encaram o professor como o responsável máximo pela orientação, atribuindo ao tutor um papel secundário. Seguindo o raciocínio de Carvalho, o professor de enfermagem é responsável pela *“transferência e mobilização de saberes”* sendo que o tutor *“parece ser valorizado essencialmente como enfermeiro, com um papel igualmente importante, de integração na equipa de saúde e no serviço, no desenvolvimento de competências de enfermagem, nomeadamente na área do saber-fazer e do saber-ser e na socialização profissional dos estudantes”* (Carvalho, 2003: 71). Por sua vez, Abreu & Interpeler (2015), num estudo exploratório desenvolvido com estudantes de enfermagem de uma escola Portuguesa (Porto) e de uma escola Turca (Izmir), com o objetivo de comparar o sistema de tutoria das duas organizações, concluem que os atores em estudo possuem opiniões semelhantes. Os dois grupos de estudantes consideram igualmente positivo o apoio do tutor, do professor e do enfermeiro da prática clínica. Existe ainda um conjunto de estudos, entre os quais o realizado por Abreu (2003 a), do qual já fizemos referência na primeira parte deste trabalho, que nos indicam quais as responsabilidades que cada um dos intervenientes envolvidos no processo de formação possui em relação ao papel a desempenhar.

No nosso estudo, tal como foi já referido, interveio um professor que acompanhou os estudantes ao longo de todo o semestre e quatro tutores. Dois dos tutores orientaram os estudantes no ensino clínico de medicina, e os outros dois no ensino clínico de cirurgia. O professor, estando-lhe atribuída a responsabilidade dos dois ensinamentos clínicos, manteve

sempre uma relação de proximidade e de apoio para com os tutores. Em alguns momentos apercebeu-se de um certo desfasamento entre o ensinado em contexto escolar e o praticado em contexto hospitalar. Na presença dessas divergências, foi subtil e sensato, na medida em que recorreu a estratégias, no sentido de valorizar junto dos estudantes, o aprendido em contexto de sala de aula. Para atingir esse fim, integrou-se na prestação de cuidados e dessa forma foi-lhe possibilitada a execução dos procedimentos que ele entendeu explicar.

“A professora comentou comigo da forma como os cuidados estavam a ser organizados, mostrando insatisfação. Referiu que para ela era difícil intervir na medida em que a tutora poderia sentir-se avaliada”. (Notas de Campo - **M1**)

“A professora aproximou-se da tutora e disse que os estudantes lhe tinham pedido para ela lhes lembrar determinados procedimentos técnicos, mais especificamente o dobrar das toalhas e lençóis durante o banho. A tutora respondeu: «habitualmente não nos preocupamos com isso, até porque na prática não é muito viável e demora muito tempo». A professora aproveitou este espaço e começou a dobrar as toalhas em harmónio e a coloca-las em V, explicando aos estudantes as vantagens deste procedimento, aquando do momento de secar a face. Exemplificou também como dobrar os lençóis, antes de os colocar na cama. Executou os procedimentos com vários estudantes”. (Notas de Campo - **M1**)

Como é sabido, para o sucesso de uma relação supervisiva, devem ser evitadas atitudes de distanciamento e de reserva na medida em que tornam a relação impessoal. Com base na observação por nós efetuada, consideramos que o professor responsável pela supervisão dos ensinos clínicos estabeleceu com os estudantes uma relação de proximidade e abertura, demonstrando sempre grande envolvimento e elevada sensibilidade. Visitou os campos de estágio com muita regularidade e os estudantes demonstraram sempre muito à-vontade na sua presença. As notas de campo que se seguem são demonstrativas deste facto:

“Aproveitei para questionar os estudantes sobre a frequência da professora em ensino clínico. Referiram que passa todos os dias. «Até hoje, só ontem é que não passou. Fora isso veio todos os dias. Mais ao menos à hora de hoje” (Notas de Campo - **M2**)

“ «A professora não nos incomoda» ”. (Notas de Campo - **M9**)

“A presença da professora no auditório não pareceu ser constrangedora. As (poucas) intervenções que fez foram assertivas, pertinentes, mas sempre numa perspectiva de construção e desenvolvimento pessoal e profissional do estudante. Sempre que tomou a palavra, não me apercebi de sinais de ansiedade/medos por parte dos estudantes. Parece existir um bom relacionamento entre ambos, bem como, um ambiente de confiança/aceitação”. (Notas de Campo - M12 – Esc.)

“Pouco tempo depois, a professora entrou na enfermaria. Não me apercebi que qualquer reação de desgosto ou apreensão por parte dos estudantes. A docente cumprimentou-os de forma simpática e afável. Verifica-se que estes jovens se sentem bem na sua presença”. (Notas de Campo - M17)

Torna-se visível, através das atitudes e comentários, que o professor reconhece que para o sucesso educativo, é fundamental que o supervisor seja aceite na relação. Nesse sentido, e como se identifica nas notas de campo abaixo transcritas, a sua presença, proximidade e abertura para com os estudantes, foi uma atitude deliberada.

“A professora comentou comigo que passava nos serviços fundamentalmente para tranquilizar os estudantes. Referiu que «eles sentem necessidade de ver o professor» ”. (Notas de Campo - C8)

O tipo de relação estabelecida entre professor e formandos é reconhecido e muito valorizado pelos tutores. Consideram os mesmos que a presença do docente faz sentir ao estudante a importância da tríade supervisiva no seu processo de aprendizagem.

“Nós somos assistentes, não é, mas quando o professor vem cá é diferente. Os alunos sentem-se mais apoiados quando vêm a figura da “escola” - O Professor. Os alunos sentem a ligação entre a escola e nós. Isso é muito bom para eles, eu acho”. (Entrevista T1)

Resultante da relação de proximidade, experiência docente, sensibilidade pedagógica e competências humanas, o professor facilmente identifica problemas que os estudantes possam estar a vivenciar, assim como, facilmente reconhece o estágio de aprendizagem de cada um.

“A professora expressou um ar de insatisfação. Comigo referiu tratar-se de «uma aluna fraquinha». E acrescentou: «Eu conheço-os a todos muito bem» ”. (Notas de Campo - C8)

“Durante a nossa conversa a professora apareceu. Depois de me cumprimentar, perguntou ao E2 se ele estava melhor. A docente tem conhecimento que este estudante tem faltado bastante, não só por motivos de saúde, mas também por (...). De uma forma amável e motivadora alertou-o, para a importância de não faltar ao ensino clínico. Disse-lhe que «as razões que o levam a faltar» não lhe permitiriam uma carreira profissional, por isso necessitaria pensar bem. O estudante aceitou e agradeceu os conselhos”. (Notas de Campo - C5)

Tratando-se de uma pessoa que conhece e compreende os estudantes, a relação estabelecida entre ambos, para além de incluir um clima de afetividade, é também facilitadora do diálogo. Os estudantes demonstram confiança, para manifestar as problemáticas vivenciadas em contexto clínico. Facilmente interagem com o professor, no sentido de manifestar as suas preocupações/receios e pedir ajuda. Sentem abertura para solicitar reuniões com o docente para debater aspetos relacionados com o contexto clínico.

“Perguntei se «Alguma vez conversaram com a professora no sentido de manifestar os sentimentos e preocupações que me estão a referir?» Ao que uma estudante respondeu: «Logo na primeira semana, apercebemo-nos do que se estava a passar e questionamo-nos sobre o que deveríamos fazer. O grupo decidiu falar com a professora. Não queríamos acusar ninguém, mas achamos que era melhor falar logo no início do que guardar para o fim. A professora sugeriu-nos que tentássemos tornear a situação. Aproveitar (...) para gradualmente e de boas maneiras ir dizendo as coisas sem causar conflito. É isso que temos feito»”. (Notas de Campo - M10)

“Respondeu que a professora lhes deu toda a abertura para falar sobre o assunto e que se mostrou sempre compreensiva. «Não sendo crítica (...) mostrou-se sempre muito compreensiva. Foi muito correcta»”. (Notas de Campo - C6)

“Quando me despedi da E5 questioneei-a sobre como se estava a sentir. Referiu «Estou melhor. Sexta-feira falamos com a professora e pareceu-me que fomos entendidos. (...) A professora compreendeu-nos»”. (Notas de Campo - C6)

Em termos de intervenção pedagógica, e estando-lhe atribuída a responsabilidade dos ensinos clínicos, o papel do professor foi de acompanhamento e mediação da aprendizagem. Sendo possuidor de um conhecimento pleno sobre a filosofia da escola, preocupou-se em estabelecer a adequação entre as experiências clínicas dos estudantes e o currículo académico. Interveio ao nível do desenvolvimento de competências profissionais promovendo uma visão global do indivíduo. Numa primeira fase do primeiro ensino

clínico, deu especial relevo à postura/apresentação pessoal e ao rigor dos procedimentos técnicos, bem como, à aproximação entre a prática clínica e o aprendido em contexto de sala de aula.

“A estudante acrescentou: «é muito rigorosa com os cabelos, não podem tocar na farda. Tem que estar sempre presos. A farda não pode estar suja. Não podemos maquilhar-nos, não usar pulseiras, anéis, brincos, relógio,... ela vê tudo isso».”. (Notas de Campo - M2)

“Quando aparece valoriza muito determinados procedimentos como por exemplo se o doente está tapado, as pregas das toalhas e dobras dos lençóis,...”. (Notas de Campo - M9)

Percebe-se no discurso dos estudantes que estes reconhecem no professor competências pedagógicas e sentido de justiça. Estes dois aspetos são muito valorizados pelos atores.

“ «Quando soube que era esta professora fiquei satisfeita porque sei que é imparcial» ” (Notas de Campo - C17)

De acordo com Serra (2011), a relação que o professor estabelece com o estudante em ensino clínico, pelo facto de ser mais individualizada e permanente, habitualmente é mais intensa e mais próxima, comparativamente com a estabelecida em contexto escolar. Curiosamente, este aspeto não foi visível no nosso caso de estudo. Durante o nosso processo de recolha de informação, apercebemo-nos de um elevado apreço pelo professor orientador de ensino clínico, mas também, pelos restantes professores da escola. Tal facto parece estar relacionado com o tipo de relação estabelecida entre docentes e discentes. Como podemos confirmar através das notas de campo que se seguem, a opinião dos estudantes em relação ao corpo docente da escola, em geral, parece ser muito próxima da que possuem em relação a este professor.

“O E2 acrescentou: «Quando iniciei o 2º ano optei por (...). No pouco tempo que lá estive achei que os professores eram muito frios e distantes para com os alunos. (...) Aliás, até mesmo entre eles, deu para perceber que havia muito distanciamento e também muitas contradições. Por tudo isso decidi voltar para esta escola» ”. (Notas de Campo - M5)

“ «O Coordenador tem muita experiência de coordenação...» disse a E7. Referiu ainda, que considera que o Coordenador é muito próximo dos estudantes. Em relação aos outros professores da escola que contactou, até ao momento, também referiu ter uma opinião muito positiva”. (Notas de Campo - M15)

De acordo com Abreu (1998: 364/5) *“Vários trabalhos de investigação veiculam a ideia de que os docentes de enfermagem são de facto importantes referenciais identitários para os alunos. (...) Em termos globais os alunos sublinham a qualidade da relação com os professores”*. Quanto a nós, a relação estabelecida entre os professores da escola onde desenvolvemos o nosso estudo e os estudantes, para além de estar relacionada com uma cultura institucional humanista, é também resultante das suas dimensões e do número de estudantes que acolhe. Cada turma possui em média 75 estudantes, existindo apenas uma turma por cada ano de curso. Tratando-se de uma instituição de reduzidas dimensões promove a aproximação entre a comunidade académica. A propósito das instituições escolares de grandes dimensões, Patrício (2009: s/p) refere: *“ (...) Os professores tendem a perder a relação humana que tinham com os estudantes. Nós éramos 60, agora temos centenas de estudantes (...) ”*.

Apesar do bom relacionamento referido, um dos estudantes, no primeiro ensino clínico, manifestou receio de expor os seus sentimentos aos orientadores do ensino clínico (professor e tutores).

“Respondeu que «o Diário de Bordo consiste numa reflexão sobre as atividades desenvolvidas, sobre os sentimentos...». Pelo que não lhe parecia ser necessário escrever. «Importante é que a reflexão seja feita. Basta dedicar uns momentos do dia. Mas pode ser só mental».

Questionei se achava importante o feedback do tutor/docente, ou se considerava que o mesmo não deveria ser lido por nenhum destes elementos.

Referiu: «É precisamente por isso que eu acho que não faz sentido redigi-lo. O orientador por muito que queira, deixa-se influenciar pelo que está escrito e pode prejudicar o aluno».

Acrescentei: «Então considera que os orientadores não têm o distanciamento necessário?»

Ao que respondeu: «Acho que não. É arriscado» ”. (Notas de Campo - M17)

Como anteriormente apresentado, o modelo de orientação em estudo, privilegiou para além da supervisão do professor, dois enfermeiros do próprio contexto clínico, aos quais designamos de tutores.

Tal como foi já explanado, o termo tutor (mentorship), refere-se “ao processo através do qual um profissional de enfermagem qualificado facilita a aprendizagem, supervisa e avalia os estudantes em contexto clínico” (Abreu, 2007: 19). Este profissional orienta o estudante supervisionando o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Este modelo de supervisão “caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação intensa de proximidade e envolvimento, durante um período de tempo longo, entre um profissional experiente, mais velho e que se responsabiliza pela aprendizagem do outro (mentor), o formando” (Fonseca, 2004: 25). O tutor desempenha, assim, um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, com influência direta na aquisição de competências, atitudes, valores, perceções e maneiras de pensar. Simultaneamente, estabelecem-se entre o estudante e o tutor, um conjunto de relações promotoras de uma identidade profissional. Ao longo deste processo, “o trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção de identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade” (Abreu, 2007: 217). As atividades de um tutor incluem escutar, aconselhar, fornecer uma perspetiva diferente perante uma situação problemática, partilhar as suas experiências profissionais, motivar o estudante e dar um *feedback*.

De acordo com Borges (2010) existe já um conjunto de estudos que procuram descrever as relações estabelecidas entre tutores e estudantes. Conclui que os resultados são diversos. Alguns referem o tutor como acessível, comunicador, amigo, atencioso, paciente, compreensivo, ... outros consideram a tutoria mais numa perspetiva de controlo do que de apoio. Na mesma linha encontramos Fonseca (2006) quando refere que “A supervisão na formação, nos nossos dias, não se apresenta com uma única e consensual definição de conceção” (2006: 16) e citando Sá-Chaves (2000: 124-125) acrescenta que as “perspetivas de supervisão (...) vão desde as intensões mais rígidas de inspeção e direção até às mais flexíveis e facilitadoras de aconselhamento” (2006: 16).

No que se refere ao nosso estudo, verifica-se uma grande heterogeneidade de orientação pedagógica por parte dos tutores. Tal facto parece estar fundamentalmente associado a um conjunto de características individuais dos tutores, e ainda a especificidades dos diferentes contextos de ensino clínico, pelo que, analisaremos separadamente os tutores de cada uma das unidades.

Os tutores da medicina praticam uma enfermagem baseada numa perspetiva holística, com uma acentuada ênfase sobre a relação entre quem cuida e quem é alvo de cuidados. Paralelamente, a visão que possuem sobre supervisão clínica assenta na base do apoio, escuta, confiança, respeito, compromisso, acessibilidade e desenvolvimento dos diferentes saberes, tal como é referido nas notas de campo seguintes:

“Referiram que a T3 é muito motivadora. Que não os critica. Estabelece com eles uma relação de ajuda”. (Notas de Campo - **M5**)

“A estudante pareceu gostar da atitude da T1. Quanto a mim, o discurso e atitude desta tutora deixa transparecer calma, serenidade, solidariedade e compreensão”. (Notas de Campo - **M4**)

“No discurso da T3, quando se refere aos estudantes, parece sentir-se um certo carinho/afeto. Na sua postura parece haver um sentimento muito protetor”. (Notas de Campo - **M13**)

A relação que os tutores estabeleceram com os estudantes foi promotora de um desenvolvimento global, positivo e harmonioso, facilitando o desenvolvimento pessoal e profissional. A presença e disponibilidade contínuas favoreceram uma relação de confiança, empatia e consideração.

“ (...) Seis estudantes, dois a dois, prestavam cuidados de higiene e conforto a três doentes. A T1 estava presente. Apercebi-me que os estudantes executavam o procedimento do banho com grande rigor e já com alguma segurança e à-vontade. A T1 colaborava com eles em relação à tomada de decisões, tais como: levantar para o cadeirão, cuidados em relação a alterações de integridade da pele ,... Mostrava-se muito disponível para com os estudantes transmitindo-lhes preocupação com o bem-estar dos doentes. Os estudantes mostravam muita facilidade em comunicar com ela e em pedir colaboração”. (Notas de Campo - **M4**)

“Mostravam ter conhecimentos sobre o que estavam a fazer e o clima era de confiança e segurança. Colocavam uma ou outra dúvida com muita abertura, sem medo”. (Notas de Campo - **M18**)

Toda esta conversa decorreu de forma calma e foi muito apelativa. O à-vontade com que os estudantes entraram na conversa permitiu perceber que existe um clima de confiança e aceitação entre tutora e estudantes. (Notas de Campo - **M18**)

A relação estabelecida com os tutores é reconhecida e muito valorizada pelos estudantes.

“ «A T3 compreende-nos, sabe estar, sabe ensinar e sabe chamar à atenção» referiu outra estudante”. (Notas de Campo - M10)

Por sua vez, como podemos verificar através do excerto de entrevista que se segue, os tutores consideram-na fundamental para o processo de aprendizagem:

“ «(...) tive uma aluna que estava a administrar insulina e tremia por todo o lado. Eu tive que lhe guiar a mão para ela poder picar. Ela depois disse: “Muito Obrigada”. O ensino também é isto. Não é só estar a ver. Por isso eu acho que tenho que estar com todos. Tem que ser uma presença contínua» ”. (Entrevista T1)

Os tutores estabeleceram com os estudantes, ao longo de todo o ensino clínico, uma relação promotora do desenvolvimento dos princípios básicos de relação de ajuda. Este facto contribuiu, como veremos mais à frente, para o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre estudantes e utentes.

“ (...) Cada aluno é um aluno, e eu tento no início conhecê-los pessoalmente. Pessoalmente nunca os conheço, mas individualmente. Procuo estar atenta a cada um deles e dou-lhes o máximo de apoio.” (Entrevista T1)

“Difícil às vezes é lidar com a personalidade dos alunos e também com a parte pessoal: porque eles quando chegam trazem uma bagagem global muito grande. Eu já tive alunos, em que foi necessário interromper o trabalho e levá-lo lá para fora, pedir aos colegas para ficarem com ele e deixá-los uma ou duas horas a conversar. Eles trazem problemas de lá de fora, com os pais, separação dos pais, ... e isso influencia-os muito. E nós temos de os ajudar a resolver estas situações para depois eles poderem iniciar aqui o seu trabalho. Acaba por ser: conhecer o aluno e ajudá-lo a resolver os problemas que ele trás”. (Entrevista T3)

“Acho que é necessário conhecer minimamente o aluno e depois temos de nos adaptar a cada um. Não podemos lidar com todos da mesma forma. Temos de direccionar a nossa atenção sobre «aquele aluno» de forma diferente. E isto para todos eles (...). Nota-se que alguns alunos até regridem quando têm problemas pessoais e familiares” (Entrevista T3)

É consensual nos estudantes, que os tutores que orientaram o ensino clínico de medicina, ao longo do mesmo, revelaram empenhamento em relação ao seu desenvolvimento e adotaram estratégias adequadas para o sucesso educativo.

“Das orientadoras e supervisora da escola guardámos a amizade e a lembrança de pessoas próximas, recetivas e positivamente críticas” (Doc. M10 – Relatório final de Ensino Clínico)

No ensino clínico de cirurgia, a relação pedagógica estabelecida entre tutores e estudantes, não favoreceu o desenvolvimento de uma afetividade positiva. Tal facto, como veremos mais adiante, condicionou a relação entre os estudantes e os doentes. Na presença dos tutores, os estudantes demonstraram e referiram, maior dificuldade em se relacionar com os seus doentes.

“A E5 referiu: «Falta proximidade entre orientadores e alunos. O orientador não permite ao aluno que ele seja autêntico devido à falta de proximidade». Explicou que na frente das tutoras, (...) não se sente à-vontade para comunicar com os doentes. Sente-se observada e referiu «Quando não estão até sou capaz de dizer uma piada. Na presença delas não sinto confiança» ”. (Notas de Campo - C19)

“O E2 iniciou o tratamento à ferida. (...) Apercebi-me que a partir do momento em que a tutora entrou, o estudante passou a conversar menos com o doente”. (Notas de Campo - C16)

“A E3 demonstra muito interesse e tem muito boa relação com os doentes. Possui conhecimentos, mas facilmente fica perturbada com a intervenção das tutoras. Especialmente com a T4”. (Notas de Campo - C12)

Esta dificuldade de relação entre estudantes e tutores foi também referida por um dos tutores. De acordo com o mesmo, ao longo deste ensino clínico, não houve uma relação de confiança entre supervisionado-supervisor.

“Aqueles falhas de comunicação connosco... Mas acho que não conseguimos chegar lá. Eles não estavam abertos a comunicar e a falar sobre o que se passava no grupo. Houve por parte deles, falta de abertura. Nós dissemos: «Vocês podem falar, ninguém vos vai prejudicar, pelo que quer que seja». Mas mesmo assim foi um grupo que não se abriu. Diziam que estava tudo bem. Perguntávamos o que é que era necessário mudar, que estávamos

abertas a sugestões, e nunca nos referiram nada. Não havia sugestões e isso limitou um bocado”. (Entrevista T2)

“Uma grande dificuldade em comunicar com o grupo de alunos e perceber o que se estava a passar com eles. Pouca abertura por parte dos alunos”. (Entrevista T2)

Para além das dificuldades manifestadas ao nível relacional, os estudantes referiram também pouca presença e falta de apoio.

“ «Sabe Enfª Laura aqui dão-nos mais independência. Mas é tudo muito confuso. Não existe “uma estrutura”. Andamos um bocado perdidos. Estamos menos tempo com os orientadores e mais tempo com os enfermeiros. Mas também estamos muito tempo sózinhos» ”. (Notas de Campo - C2)

“Temos menos apoio dos orientadores e mais apoio das enfermeiras”. (Notas de Campo - C2)

Como se pode verificar, alguns destes estudantes, encaram a transição do serviço de medicina para o serviço de cirurgia, como a passagem de um lugar significativamente estruturado, onde a figura do tutor é central, para uma situação onde predomina algum anonimato face aos tutores e onde a sua capacidade de autonomia é decisiva no processo de aprendizagem. De acordo com a opinião dos estudantes, a relação pedagógica estabelecida pelos tutores, foi condicionadora da aprendizagem. Referiram que em alguns momentos, as orientações dadas careceram de privacidade, facto que os levou a sentirem-se expostos.

“Quando a estudante se referiu à comunicação/relação fez questão de salientar que apesar das tutoras verbalizarem a importância de uma relação adequada para com o doente, considera que «não são muito corretas com os estudantes». Referiu, à semelhança do que já foi dito por outros estudantes, que habitualmente são chamados à atenção no meio da enfermaria, sala de trabalho e corredores, de forma pouco correta”. (Notas de Campo - C3)

“Apesar de considerar que esta metodologia de trabalho desenvolve mais o estudante, comparativamente com a utilizada na medicina, considera que tanto ele como os colegas, estão a sentir-se mal com as atitudes das tutoras. «A forma como somos chamados à atenção incomoda-nos, faz-nos sentir mal e pensar que somos inferiores» ”. (Notas de Campo - C3)

“A este respeito o E1 acrescentou que «as tutoras têm falta de formação. (...) Não é correto repreender alguém em público. Na presença de outras pessoas deve-se sempre elogiar e nunca repreender. Isso melhora a autoestima da pessoa e faz com que ela invista mais. Quando o grupo está fechado para o exterior já se pode repreender. Isto tem como objetivo proteger em relação aos outros» ”. (Notas de Campo - C15)

Consideram, como veremos no ponto 3.3, que este tipo de postura influenciou, de forma negativa, a sua aceitação por parte dos doentes. Referiram que o tipo de relação estabelecida pelos tutores foi significativamente desmotivadora ao ponto de encararem o ensino clínico como uma obrigação.

“ «A média de faltas neste estágio é superior à da medicina (...) vimos por obrigação» ”. (Notas de Campo - C3)

Um dado que quanto a nós, é significativamente relevante, prende-se com o facto de o grupo de estudantes que efetuou ensino clínico de cirurgia no período anterior, não demonstrar, a mesma opinião sobre os referidos tutores. Ao longo da nossa observação participante, em contexto de sala de aula, à sexta-feira, apercebemo-nos que em vários momentos, foram manifestadas atitudes de agrado e mesmo estabelecidas relações de afeto, entre um destes tutores e os respetivos estudantes.

“Estávamos já de pé, e muito próximas do grupo que se encontra neste momento na medicina. A abordagem que fizeram à T2 foi muito calorosa. Manifestaram saudade do serviço de cirurgia e referiram que tinham aprendido muito, quer a nível de experiências, quer a nível científico. Eu e a T3, lentamente, fomo-nos dirigindo no sentido da porta. Apesar da distância, percebi que a relação era de proximidade, sentia-se um enorme calor humano e uma grande satisfação, quer por parte dos estudantes, quer por parte da tutora. Quando a T2 chegou junto de nós, a sua expressão facial transmitia felicidade e alguma emotividade. Fiquei convencida de que aqueles estudantes a marcaram positivamente, e que ela se sente bem, na sua presença”. (Notas de Campo - C14)

Ao longo de todo o ensino clínico de cirurgia, os estudantes sujeitos a observação participante continuamente compararam a relação supervisiva dos tutores da cirurgia com os da medicina. Foi notório que a relação e intervenção pedagógica dos tutores da medicina marcaram significativamente este grupo de estudantes.

“Referindo-se ao ensino clínico de medicina o E2 disse: «A personalidade das orientadoras era muito diferente. (...). Sentíamo-nos muito mais seguros. A T3 dava-nos liberdade e inspirava-nos muita confiança. Todos ficamos a gostar muito dela. Ela sabe ensinar e quando tem de chamar atenção falo com descrição. O doente não se apercebe. Tinha sempre uma atitude compreensiva para connosco» ”. (Notas de Campo - C20)

O facto da primeira experiência supervisiva ter sido significativamente positiva, conduziu os estudantes sujeitos a observação participante (que iniciaram a sua experiência clínica no contexto de medicina) a um maior grau de exigência nas suas intervenções e de capacidade de crítica face às relações estabelecidas, comparativamente com o grupo que iniciou a sua experiência clínica no contexto de cirurgia.

3.2 – RELAÇÃO DO ESTUDANTE COM OS COLEGAS E EQUIPA

É em contexto hospitalar que os estudantes atribuem uma maior importância aos seus pares (Serra, 2011), tal facto está relacionado com *“o poder esmagador que os ensinamentos clínicos têm sobre a experiência subjetiva dos estudantes”* (Ibidem: 239). Segundo o autor as relações estabelecidas em contexto clínico entre pares, ao contrário das estabelecidas em sala de aula, perduram até para além do final do curso.

No nosso estudo, verificamos que, a relação estabelecida entre estudantes divergiu em função de ser um primeiro ou segundo ensino clínico, do conhecimento que o grupo foi adquirindo sobre si próprio e das metodologias adotadas pelos tutores nos diferentes contextos. No primeiro ensino clínico, a relação estabelecida entre os estudantes foi de muita cooperação e cordialidade, tendo por base o espírito de ajuda. O grupo de estudantes estabeleceu uma dinâmica que favoreceu o bom relacionamento entre os vários elementos. Para além da colaboração entre pares, evidenciou-se ainda um espírito de camaradagem e um clima de boa disposição entre todos.

“ (...) Para esta integração também contribuiu bastante o facto de existir grande amizade, companheirismo e entreajuda no nosso grupo”. (Relatório - Doc. M1)

“A dinâmica desenvolvida pelo grupo de estágio foi bastante positiva, pois estabelecemos um relacionamento saudável, que proporcionou um ambiente de trabalho e acima de tudo, a amizade entre nós cresceu, através da convivência nos momentos difíceis, da colaboração e compreensão mútuas”. (Relatório - Doc. M10)

“A relação estabelecida entre estudantes é de muita cooperação e cordialidade”. (Notas de Campo - M11)

A relação existente entre pares foi, também, favorável à partilha de conhecimentos e experiências.

“À medida que iam terminando os registos, passavam à recolha de dados para a elaboração do «Processo de Enfermagem». O grupo de estudantes cada vez era maior, as dúvidas pareciam ser muitas, e em grupo tentavam encontrar solução”. (Notas de Campo - M3)

“Na referida enfermaria, encontrava-se a estudante responsável pelo doente. Pelo facto de já ter executado tratamento à ferida na véspera, deu oportunidade à colega, no sentido de partilhar a experiência”. (Notas de Campo - M11)

A opinião dos tutores, em relação à dinâmica de grupo e partilha de saberes, corresponde à apresentada, tal como demonstram os excertos de entrevistas que se seguem:

“O grupo conheceu-se cada vez melhor. Eu acho que isso é uma coisa que os ajuda muito. Muitos deles referiam que não se conheciam. Quando se começaram a conhecer, começaram a ganhar confiança uns nos outros e isso interferiu na prestação de cuidados. Ficaram mais despertos e mais libertos para investigar, para procurarem, para abordarem melhor o doente, consultar processos, ...”. (Entrevista T1)

“A comunicação foi uma competência que eles desenvolveram muito, porque entre eles existia o espírito de interajuda”. (Entrevista T3)

Como se pode constatar, as relações estabelecidas entre estudantes em ensino clínico de medicina, foram caracterizadas por uma particularidade muito específica. Apesar do pouco conhecimento que estes atores possuíam entre si, estabeleceram uma relação de proximidade e entreajuda. Tal facto é, provavelmente, resultante de um conjunto de fatores, nomeadamente, tratar-se de uma primeira experiência clínica, conduzindo a uma

elevada necessidade de partilhar informações e conhecimentos relacionados com o contexto e com as práticas clínicas, o desconhecimento que possuíam sobre os tutores, e ainda, a pouca segurança em relação aos cuidados a prestar aos doentes. As relações estabelecidas neste espaço tornaram-se por isso fortes e coesas. Os comportamentos observados vão ao encontro do que refere Serra (2011), de que é habitual, nos espaços clínicos, os estudantes sentirem necessidade de figuras de suporte e de partilha.

O modelo de orientação utilizado pelos supervisores, bem como, as estratégias supervisivas, de acordo com a nossa perspetiva, influenciaram a dinâmica do grupo, na medida em que foram promotores do trabalho em equipa entre os estudantes.

“Em geral, na primeira semana deixo-os estar à-vontade. Gosto que eles vão comer juntos, para se conhecerem melhor. Às vezes os alunos não se conhecem. Vêm de grupos diferentes. Assim na primeira semana eles podem conhecer-se e criarem uma estabilidade para trabalhar em equipa. Depois a integração é mais fácil. Eu considero que as primeiras semanas são muito importantes. Assim, é mais fácil partir para outro nível”. (Entrevista T1)

Em relação ao ensino clínico de cirurgia, apesar de no início, o tipo de relação anteriormente estabelecida se ter mantido, com o decorrer do mesmo, a interação entre alguns estudantes foi diminuindo. O grau de abertura entre os atores foi-se alterando, passando a haver menos partilha e interajuda entre os vários elementos. As notas de campo que se seguem são demonstrativas desse facto:

“A E7 referiu: «O grupo foi formado por ordem alfabética. Não nos foi dada a hipótese de escolhermos. Alguns de nós conviviam pouco com os outros. Não nos conhecíamos muito bem. Na medicina o grupo era unido. Na cirurgia está a afastar-se» ”. (Notas de Campo - C15)

“Considera que a relação entre estudantes tem vindo a piorar. Não sabe explicar o «porquê», mas diz: «O grupo não funciona como grupo. Uns são certinhos, trabalham. Só que depois ficam prejudicados, por exemplo, nos relatórios. Era suposto reunirmos todas as quintas-feiras para fazer o relatório semanal. Só que na prática não acontece. Depois, o colega que está responsável nessa semana por o passar a computador, tem que o fazer sozinho, ou então não há relatório» ”. (Notas de Campo - C11)

A relação conseguida no contexto clínico de medicina conduziu, neste espaço, à formação de dois subgrupos. Entre os subgrupos, em alguns momentos, surgiu conflitualidade.

“Em relação ao grupo de colegas o E2 manifestou insatisfação. Diz que «o grupo não é coeso. Bem pelo contrário. Há competição. As duas colegas que tiveram 16 valores no estágio anterior julgam-se melhores do que os outros. Os grupos formados para o “estudo de caso” tiveram isso em conta. As notas mais altas ficaram no mesmo grupo»”. (Notas de Campo - C11)

“A dada altura a E5 interrompeu a T2 e pediu-lhe autorização para que o seu grupo fosse para o bar trabalhar no seu «Estudo de Caso». A tutora autorizou e continuou a falar com o E1. O outro grupo de estudantes não se apercebeu do pedido e da respetiva autorização. Quando viu as colegas a sair, o E2 perguntou: «Onde é que elas vão?». Eu respondi: «Vão para o bar trabalhar. A tutora autorizou». O E2 com um ar irónico disse: «Olha para elas... Vão para o bar trabalhar...». Questionei o E2: «Porque diz isso?». Ao que respondeu: «São sempre assim. Gostam de dar nas vistas...»”. (Notas de Campo - C14)

Os vários atores entendem este afastamento de diferentes perspetivas. Para uns nunca houve coesão, dado ter-se tratado apenas de uma “falsa coesão” resultante da metodologia de trabalho utilizada no ensino clínico de medicina. Segundo outros, tal como ilustramos anteriormente, está relacionada com o baixo empenhamento de alguns elementos. Outros ainda defendem, tratar-se de um falso problema, na medida em que, este distanciamento está unicamente relacionado com problemas pessoais que alguns colegas estão a vivenciar.

“A E3 referiu que alguns colegas defendem que a metodologia de distribuição dos estudantes no ensino clínico de medicina era falaciosa, na medida em que dava a ideia de homogeneidade e coesão do grupo. No entanto diz não ter esta opinião. Simplesmente considera que o grupo nunca foi unido. Disse: «Os problemas já existiam» e foi acrescentando «há colegas que faltam muito e em termos de grupo não produzem de igual forma»”. (Notas de Campo - C11)

“A E4 e a E5 defendem que o grupo sempre teve um bom relacionamento, sendo que em determinados momentos, um ou outro elemento esteve mais afastado. Atribuíram esse distanciamento pontual a problemas pessoais”. (Notas de Campo - C19)

“O E2 é da opinião que o grupo não é unido. Reportou-se ao ensino clínico de medicina e referiu que «nesse ensino clínico parecia haver união. Mas com o

decorrer do tempo começou a haver afastamento de alguns colegas». Tentei perceber quais seriam as causas. O E2 não me soube esclarecer. Pensa que «Talvez tenha a ver com a personalidade de cada um. Há pessoas que gostam mais de estar com outras. Sentem alguma afinidade». Acrescentou que no início do ensino clínico de medicina alguns elementos não eram próximos. Referiu considerar que a metodologia de distribuição dos estudantes nesse ensino clínico os obrigou a aproximarem-se. Acrescentou «Agora as pessoas continuam a relacionar-se bem entre si, mas não há espírito de grupo» ”. (Notas de Campo - C20)

Pelo depoimento de alguns formandos percebe-se que a metodologia de trabalho/distribuição dos estudantes em ensino clínico influenciou na relação entre pares. Pelo facto de no ensino clínico de medicina estarem muito próximos em termos de espaço físico, colaboravam mais entre si. Tendo em conta a distribuição atual, o grupo realça mais as suas divergências/heterogeneidades.

“O E1 confrontado com a aparente união de grupo no serviço de medicina defendeu que tinha a ver com a metodologia de distribuição dos estudantes. «Estávamos todos juntos na mesma enfermaria. Tínhamos que colaborar uns com os outros. Agora já não é assim» ”. (Notas de Campo - C11)

A opinião dos tutores em relação à coesão do grupo é a seguinte:

“ (...) era um grupo muito «suis generis» ”. (Entrevista T4)

“ (...) notava-se que havia uma perfeita divisão no grupo ”. (Entrevista T4)

De salientar que de acordo com a opinião de um dos tutores, a principal causa desta falta de união, esteve fundamentalmente relacionada a personalidade e espírito de liderança de uma das estudantes.

“E também acho que havia ali uma pessoa que no fundo tentava impor-se aos outros. Tentava controlá-los, mas não conseguia”. (Entrevista T4)

Verificamos assim que no segundo ensino clínico, as relações estabelecida entre estudantes, segundo alguns, foram influenciadas por lógicas de competição interpessoal. A formação de dois subgrupos, por volta do meio do ensino clínico, resultou provavelmente,

da necessidade da formação dos grupos para a elaboração dos “estudos de caso”. Como é sabido, a necessidade de organização de grupos de trabalho mais restritos, pode levar a desencadear dinâmicas de aliança e oposições entre estudantes dando lugar a comportamentos de competitividade, ajuda ao próximo ou até mesmo ao desenvolvimento de um trabalho individualizado. Este facto, não foi visível no ensino clínico de medicina, provavelmente devido à não necessidade de subdivisão do grupo. Outro aspeto que, parece ter sido fortemente condicionador foram as estratégias metodológicas adotadas pelos tutores dos diferentes contextos clínicos.

Relativamente à relação estabelecida pelos enfermeiros da prática clínica e estudantes, predomina a heterogeneidade em relação a cada um dos contextos. Esta heterogeneidade engloba um conjunto de dimensões, nomeadamente, o grau de acolhimento e disponibilidade, a partilha de saberes e o próprio modelo de acompanhamento. Através da observação por nós efetuada e do discurso dos estudantes, a disponibilidade para com os discentes, parece situar-se entre dois polos opostos em função do serviço em causa. Encontramos posturas de inclusão no sentido de promover o desenvolvimento de saberes adquiridos e inversamente, posturas de exclusão.

O modelo de orientação, por parte dos tutores, pareceu ser determinante no relacionamento entre estudantes e enfermeiros. No contexto onde os tutores estiveram mais presentes, a relação que os enfermeiros da prática estabeleceram com os estudantes, privilegiou um maior distanciamento. Por sua vez, no contexto onde a relação entre tutores e estudantes foi de maior distanciamento, verificou-se uma maior aproximação entre estudantes e enfermeiros da prática. Atendendo a estas variáveis analisaremos, mais uma vez, separadamente, cada um dos contextos.

No contexto clínico de medicina, contrariamente à relação estabelecida entre os estudantes e tutores, a relação estabelecida com a equipa de enfermagem, no início do ensino clínico, foi de distanciamento e pouca aceitação. A este propósito um tutor referiu:

“ (...) tive um aluno em que o seu doente necessitava de ser aspirado. De manhã, dei-lhe a oportunidade de estar eu a aspirar e ele ficou a observar. À hora de almoço não pude estar com ele. Quando cheguei lá, perguntei se ele tinha aspirado o seu doente, e ele respondeu, que o enfermeiro que estava na sala, não deixou. Eu fico danado com estas coisas. Porque é assim: como é que um aluno aprende se nós não o deixarmos?”. (Entrevista T1)

Apesar de ao longo do ensino clínico alguns elementos da equipa de enfermagem se terem tornado colaborativos com os estudantes, como se ilustra nos dois excertos que se seguem

“Assim concluímos que ao longo desta semana temos vindo a melhorar em termos de técnica e destreza na realização dos procedimentos, para tal contribuiu uma maior colaboração por parte dos enfermeiros do serviço”. (Relatório - **Doc. M2**)

“Desde que os estudantes iniciaram a prestação de cuidados globais aos doentes, apercebo-me que alguns enfermeiros tornaram-se mais disponíveis e presentes”. (Notas de Campo - **M11**)

a colaboração não foi generalizada. No sentido de ultrapassar as diferenças, os estudantes adotaram atitudes estratégicas para estar, ou não, com determinados enfermeiros, como nos referiu um dos tutores:

“Noto que os alunos se identificam com determinados enfermeiros. Quando o aluno tem uma dúvida, ou nos procura a nós tutoras, ou se determinado enfermeiro estiver no turno, ele procura-o. Ou porque se sentem mais à-vontade, ou porque a idade é mais próxima, ou fundamentalmente, pela forma como o enfermeiro se dirige a ele. O contrário também se verifica. Às vezes, evitam ao máximo determinado enfermeiro mesmo quando se trata do enfermeiro de sala. (...) Parece-me que se trata de uma identificação apenas em termos de comunicação e não em termos profissionais. É o estar mais à-vontade, a disponibilidade para tirar dúvidas, a forma como explicam, ...”. (**Entrevista T3**)

Realçamos que, mesmo os enfermeiros mais colaborativos, apenas apoiaram os estudantes em momentos e atividades específicas. O apoio/colaboração circunscreveu-se fundamentalmente à orientação e revisão das “notas de enfermagem” e orientação/supervisão dos procedimentos executados, nos períodos em que o tutor não pôde estar presente.

Por sua vez, a equipa de enfermagem da unidade onde os estudantes realizaram o ensino clínico de cirurgia, estabeleceu com os estudantes, desde o início do ensino clínico, uma relação promotora do desenvolvimento de competências profissionais, tornando-se agentes facilitadores da aprendizagem. Ao longo de todo o período de aprendizagem

clínica a equipa de enfermagem desempenhou o papel de orientação/supervisão dos estudantes em parceria com os enfermeiros tutores.

“Os enfermeiros do serviço foram colaboradores na nossa formação, pois estiveram disponíveis para as nossas questões, permitiram-nos livre expressão num clima estável e forneceram-nos o espaço de manobra necessário para uma boa integração a todos os níveis”. (Relatório - **Doc. C10**)

“(...) referiram que os enfermeiros da cirurgia «gostam de ensinar» (...) «colocam os alunos mais à-vontade». Acrescentaram que isso não acontecia no ensino clínico de medicina”. (Notas de Campo - **C15**)

“Também parece consensual que os enfermeiros do serviço são muito colaborativos e disponíveis”. (Notas de Campo - **C3**)

“As enfermeiras do serviço mostraram-se muito solícitas às questões dos estudantes. Um ou outro estudante pediu orientação sobre o que escrever em notas, e as enfermeiras com o máximo de respeito e disponibilidade davam sugestões: «Sabes, eu concordo com o que escreveste, mas se escreveres assim (...) talvez fique mais claro» ”. (Notas de Campo - **C6**)

“A relação estabelecida entre enfermeiros e estudantes é uma relação de à-vontade, proximidade e de confiança. As enfermeiras colaboram com os estudantes e estes parecem sentir-se bem. Os estudantes colocam questões com muita abertura, sem medos ou rodeios. As respostas dadas pelas enfermeiras são no sentido de promover a aprendizagem. Não me apercebo de críticas ou comentários pejorativos. O ambiente é de calma, tranquilidade e acolhedor”. (Notas de Campo - **C6**)

“Quanto às enfermeiras, referiram-se a algumas, como «verdadeiros modelos». Dizem sentir muita proximidade e acolhimento”. (Notas de Campo - **C19**)

Esta parceria supervisiva foi muito valorizada pelos estudantes e reconhecida pelos tutores.

“Esta equipa ajuda muito. Sem a equipa não conseguíamos orientar os alunos. O papel da equipa é fundamental no processo de acompanhamento dos alunos. Não é possível estar em todo o lado ao mesmo tempo”. (**Entrevista T2**)

“Mas temos uma equipa muito colaboradora. Estamos habituados a ter alunos quase o ano inteiro. De diferentes Faculdades e em diferentes etapas”. **(Entrevista T4)**

“São todos muito abertos. Qualquer um deles está sempre pronto a ajudar e a ensinar. Portanto nesse aspeto eu acho que eles têm muita sorte. Felizmente o serviço foi sempre assim. Nunca tivemos problemas”. **(Entrevista T4)**

“Temos a certeza de que nunca estão sós. Têm sempre a orientação de um enfermeiro do serviço”. **(Entrevista T4)**

A tipologia de orientação dos estudantes pelos enfermeiros do serviço determinou dinâmicas distintas de relacionamento comparativamente com o serviço anteriormente apresentado. Prevaleceu uma relação de elevada proximidade e o acompanhamento foi personalizado.

“Mas nós sempre tivemos muitos alunos e o serviço é muito aberto. Por esse facto nós distribuímos os alunos pelo serviço todo, por todas as enfermarias. Temos basicamente quatro enfermarias e conseguimos colocar dois em cada enfermaria com o enfermeiro responsável por aqueles doentes”. **(Entrevista T4)**

Esta proximidade, aceitação e apoio conduziu a que os estudantes privilegiassem a orientação dos enfermeiros a desfavor da supervisão dos tutores.

“Neste momento a E4 aproximou-se da T4 e disse-lhe que tinha indicação de retirar o cateter epidural ao seu doente. Perguntou se podia ir fazendo na presença da enfermeira do doente.

A forma como a E4 colocou a questão foi interessante. Com largo sorriso nos lábios, abordou a tutora pelas costas, colocando as suas mãos sobre os ombros da mesma. A tutora respondeu: «espera um bocado que eu já vou contigo». Mantendo o sorriso e a postura inicial, a estudante reforçou: «Mas eu vou com a enfermeira...».

A tutora respondeu: «Na, Na, Na... Querias não era. Esperas por mim» ”. **(Notas de Campo - C16)**

Quando comparamos a equipa multidisciplinar dos dois contextos clínicos, mais uma vez, as diferenças são evidentes. Apesar das características individuais de cada grupo profissional, e de cada pessoa “per si”, verificamos traços comuns relativos a cada um dos contextos. Ou seja, no contexto de cirurgia, aconteceu um relacionamento mais próximo e

prolongado com elementos das outras equipas profissionais, comparativamente com o contexto de medicina. Os estudantes descrevem um sentimento de inclusão nas várias equipas do serviço de cirurgia que surgiu de imediato à sua chegada.

“Desde o início da nossa prática clínica sentimos por parte da equipa multidisciplinar bastante receptividade o que contribuiu para a nossa autonomia e bem-estar”. (Relatório - **Doc. C10**)

Referem ter sido aceites pela generalidade dos profissionais, nomeadamente, por parte da equipa médica, assistentes operacionais e equipa do bloco operatório. São da opinião que a equipa médica foi disponível e facilitadora do desenvolvimento de competências científicas. Consideram que a formação académica e categoria profissional mais elevada foram fatores facilitadores dessa inclusão, na medida em que, foram os médicos mais velhos e de categoria profissional mais elevada, que demonstraram maior disponibilidade e abertura.

“Em relação à equipa médica, o E2 acrescentou que o tratam como enfermeiro e que sente uma relação de confiança. Disse: «Se tiver dúvidas posso colocar. No entanto sinto que os médicos mais novos ainda não sentem muito à-vontade para responder. Mas são simpáticos» ”. (Notas de Campo - **C3**)

“A E7 referiu: «Na medicina conviviamos mais com “médicos estagiários” pelo que não nos esclareciam tanto como na cirurgia. Os médicos da cirurgia, com mais tempo de serviço, ou que tem uma categoria profissional mais elevada, são mais colaborativos. Têm mais conhecimentos e explicam-nos mais. Na medicina os médicos eram competentes, mas tinham necessidade de fazer o seu trabalho e não explicavam tanto. Provavelmente também não se sentiam tão seguros» ”. (Notas de Campo - **C15**)

“Consideram que os médicos do serviço de medicina são mais «arrogantes» sendo que também «há alguns acessíveis». Referem que na cirurgia são «mais disponíveis, acessíveis, simpáticos e colaborativos» ”. (Notas de Campo - **C17**)

A relação entre estudantes e assistentes operacionais foi também muito valorizada pelos atores em estudo. Caracterizam-na de “proximidade” e “respeito”. Consideram que o trabalho desenvolvido por ambos obedeceu ao critério pré-estabelecido enfermeiro/assistente operacional.

“Em relação à cirurgia referiram maior abertura por parte da equipa médica e mais respeito por parte dos auxiliares. «Tratam-nos por Srª Enfermeira. Pedem-nos autorização para fazer determinadas coisas e aguardam» disse a E4”. (Notas de Campo - **C19**)

No bloco operatório, a equipa multidisciplinar, estabeleceu segundo opinião dos estudantes, uma relação pedagógica facilitadora da aprendizagem.

“Quanto à sua presença no bloco referiu que foram muito calorosos consigo. «Quando cheguei arranjaram-me logo um banquinho para eu ficar mais alta e poder ver melhor. Eu estava mesmo a olhar de cima». Acrescentou que lhe explicaram todos os procedimentos, e que, quando fizeram a exérese do tumor, a chamaram à atenção para tal facto. O entusiasmo era tal, que referiu querer ir trabalhar para o bloco quando terminasse o curso”. (Notas de Campo - **C9**)

Já no serviço de medicina as mediações efetuadas na equipa multidisciplinar foram diferentes. Ou seja, a relação entre a equipa multidisciplinar do contexto clínico de medicina e os estudantes foi de distanciamento.

“(…) sentimos por parte da equipa multidisciplinar pouca recetividade (...)”. (Relatório - **Doc. M10**)

À semelhança do que acontece com os enfermeiros do serviço, a relação estabelecida com os médicos teve algumas especificidades, nomeadamente verificou-se que os médicos se encontravam mais distantes e pouco acessíveis. Os estudantes demonstraram muita dificuldade em se relacionar com os mesmos, sendo a mesma acrescida, quando se tratava de médicos “mais velhos” e de categoria profissional mais elevada.

“Paralelamente junto de outra doente decorria a visita médica. Dois médicos observavam a doente sendo que nenhum dos estudantes disponíveis se aproximou dos médicos no sentido de perceber e recolher informações em relação à avaliação médica. Também verifiquei que os médicos passam visita médica sem a presença de enfermeiros. Parece existir um grande distanciamento entre a equipa médica e a equipa de enfermagem e por consequência estudantes de enfermagem”. (Notas de Campo - **M8**)

“Durante o período em que os estudantes e os enfermeiros estão nas enfermarias com os seus doentes, apercebo-me que médicos entram e saem sem que nada digam. Nem na perspetiva de relação interdisciplinar, nem tão pouco para falar sobre os doentes. Por sua vez, quando os médicos estão a observar os

doentes não existe a preocupação por parte dos estudantes em estar presentes. Parece que estas duas equipas profissionais funcionam independentemente uma da outra, sem qualquer objetivo comum”. (Notas de Campo - M9)

“Em relação à equipa médica, eles não têm muito contacto. Não há muita afinidade. Aproximam-se do médico quando ele está a observar os doentes e então aproveitam para ouvir o que o médico diz sobre o doente. Não têm muito o hábito de procurar o médico no sentido de clarificar alguma coisa. Pode ter acontecido num ou outro caso, mas foram situações muito pontuais. Acho que não se pode falar de aproximação”. (Entrevista T3)

Em relação aos assistentes operacionais verificou-se o não reconhecimento do papel de estudante de enfermagem. Os estudantes foram, frequentemente, utilizados como recurso para a realização de atividades da responsabilidade dos auxiliares. Atendendo à constante presença dos tutores, este aspeto foi dificultado, passando a ser referenciados como perturbadores da dinâmica do serviço, na medida em que eram mais elementos a percorrer os espaços físicos e a utilizar os recursos disponíveis.

Quando comparamos os dois contextos, podemos afirmar que os estudantes atribuíram maior relevância à equipa do serviço de cirurgia. Os médicos e os enfermeiros foram referidos como disponíveis, colaborativos e detentores de saber. Por sua vez as assistentes operacionais foram referidas como colaborativas e respeitadoras. Já na medicina prevaleceu uma relação hierárquica demarcada entre estudante de enfermagem e médico, bem como, entre enfermeiro e estudante de enfermagem. Em relação aos assistentes operacionais, para além da demarcação hierárquica entre enfermeiro e assistente operacional, houve por parte dos primeiros a tentativa de subutilização dos estudantes.

3.3 – RELAÇÃO COM O UTENTE: QUE MEDIAÇÕES?

Através do contacto com os utentes, o estudante vivência um conjunto de experiências pessoais e profissionais. Queremos com isto dizer que a experiência clínica vai muito para além do espaço e dos saberes desenvolvidos em contexto clínico, na medida em que o confronto com a situação de doença e a vivência de experiências ímpares e únicas permitem ao estudante equacionar o seu modo de vida, conduzindo-o a uma reconstrução identitária.

“A E3 disse: (...) «mudei muito a minha personalidade. Agora digo constantemente às minhas amigas “Vocês dão valor a coisas sem importância. Bastava irem um dia ao hospital e passavam a ver as coisas de outra maneira”». Referiu ter aprendido muito com os doentes de medicina. Considera que o sofrimento a marcou muito: «Aprendi a dar valor às coisas simples (...)»”
(Notas de Campo - C11)

Para os estudantes, o utente, para além do desenvolvimento de competências profissionais favorece, através da partilha de experiências e vivências, o seu desenvolvimento pessoal (Serra, 2011). O confronto com a situação de doença torna o indivíduo mais reflexivo sobre si próprio, como também, sobre as prováveis vulnerabilidades daqueles que lhes são familiares. É ainda, através desta relação com os utentes, que os estudantes constroem uma série de representações sobre si próprios, e de si para com os outros.

No contexto da medicina, a relação estabelecida entre os estudantes e os utentes decorreu dentro do supostamente esperado para o estágio em que os primeiros se encontravam. Tratando-se de um primeiro ensino clínico, as representações que os estudantes possuíam sobre as expectativas dos utentes, eram altamente condicionadoras. Evidenciou-se um elevado sentimento de insegurança, em relação aos conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula e à sua (in)capacidade de os mobilizar para a prática clínica. Apesar de existir uma preocupação constante em estabelecer com o utente uma relação terapêutica, até cerca de metade do ensino clínico, os estudantes demonstraram pouca disponibilidade emocional, para investir a este nível. Privilegiaram fundamentalmente, as atividades de autocuidado e a aquisição de competências instrumentais.

“Falamos do ensino clínico e do sentimento que possuem em relação ao mesmo. Referiram que sentem que tem evoluído muito. O que os deixa mais inseguros é a execução das técnicas. Consideram que sabem os procedimentos, mas temem não ter sucesso durante a execução. «Por exemplo eu sei todos os passos para fazer uma colheita de sangue, mas tenho muito medo de não conseguir apanhar a veia. Eu sei que nem sempre se consegue puncionar logo à primeira. Até mesmo quem tem muita experiência. Mas isso preocupa-me» ”. (Notas de Campo - M9)

À medida que os estudantes foram adquirindo maior destreza nos procedimentos, estabeleceram com o doente uma relação mais próxima, e tornaram-se mais sensíveis às suas necessidades.

“Quando tive oportunidade conversei com a E5 sobre a razão da massagem. Referiu: «A doente está muito ansiosa com a evolução da sua doença. É viúva. Trabalhava numa fábrica e tem dois filhos a estudar. É o único sustento da família. Está muito tensa e refere que “vai fazer muita falta aos filhos”. Ainda não está medicada e apercebi-me da rigidez da musculatura ao nível da cervical. (...) Aquilo é tensão»”. (Notas de Campo - M17)

Esta sensibilidade para identificar as necessidades individuais de cada doente, é realçada pelo tutor, quando no âmbito da observação participante, refere:

“«São interessados, sensíveis aos problemas dos doentes e muito disponíveis». Considera que colaboram muito com os doentes”. (Notas de Campo - M13)

É opinião dos estudantes, que ao longo do ensino clínico, resultante do apoio dos supervisores e da partilha entre pares, a relação socio-clínica que estabeleceram com os utentes evoluiu de forma harmoniosa.

“Adquirimos mais confiança no que diz respeito à relação com o doente (...) Para esta melhoria contribuiu a ajuda dos formadores, a coesão do nosso grupo e o estudo diário”. (Notas de Campo - Doc. M2)

Já no serviço de cirurgia, a relação estabelecida entre estudantes e utentes foi condicionada por fatores intrínsecos ao próprio contexto. Algumas estudantes demonstraram dificuldade no estabelecimento de uma relação socio-clínica com os seus doentes. Tal facto esteve relacionado com o género e idade. Outro aspeto dificultador para alguns estudantes foi, de acordo com a opinião dos mesmos, a procura constante de informação por parte do doente.

“Uma estudante presente no grupo referiu: «Aqui neste serviço estou a sentir outro tipo de dificuldade. Talvez por os doentes serem do sexo masculino e estarem menos dependentes, sinto uma barreira». Foi explicando que para ela a diferença de género era um fator condicionador na prestação de cuidados. Referiu ainda que «este tipo de doentes está sempre a questionar-nos. Querem saber mais coisas». (...) Todos os colegas presentes manifestaram concordância em relação à opinião desta estudante. (...) Defenderam que o doente de foro cirúrgico «quer saber mais. Faz perguntas para as quais nem sempre temos resposta»”. (Notas de Campo - C1)

“A diferença de género foi manifestada por algumas estudantes”. (Notas de Campo - C1)

Pela análise do discurso dos estudantes, consegue-se perceber que emerge da prestação de cuidados, um sentimento de insegurança da sua parte, pelo facto de não poderem corresponder às expectativas e às necessidades dos doentes.

Neste espaço, os estudantes apercebem-se que a relação com os doentes de cirurgia exige contornos diferentes dos doentes internados na medicina. Enquanto no primeiro ensino clínico, a relação que os estudantes estabeleceram com os utentes, se relacionava com o “conversar com”, “promover o conforto”, “assistir”, “promover a independência”, “dar apoio”, agora tratando-se de doentes com graus de dependência e situações clínicas completamente diferentes dos anteriores, e com tempos de internamento também diferentes, as necessidades destes, centram-se fundamentalmente ao nível da “informação” e “esclarecimento de dúvidas”. Trata-se de um doente, mais interventivo e mais exigente em termos de conhecimentos. Devido a tal facto, a comunicação com os utentes de foro cirúrgico, foi considerada pelos estudantes, como difícil e geradora de sentimentos de incapacidade.

“ «A relação com os doentes é diferente. Os doentes são mais independentes e mais novos. Estão muito mais atentos. Fazem perguntas. Observam-nos mais» ”.
(Notas de Campo - C2)

Apesar desta dificuldade, explicitamente assumida pelos estudantes, a interação com os seus utentes, teve diferentes tipos de mediações. Alguns doentes assumiram com os estudantes posições de colaboração e/ou cumplicidade. As notas de campo que se seguem são disso exemplo:

“A E4 colocou o pequeno-almoço junto do seu doente. Seguidamente deu-lhe o comprimido para tomar com o pequeno-almoço. Fez a desinfeção do Cateter Venoso Periférico e ia colocar o soro. A T4 referiu: «É um soro diário. Deixa o doente tomar o pequeno-almoço. Assim com as mãos livres o pequeno-almoço sabe melhor». A estudante ficou constrangida. O doente interveio referindo que o soro não o incomodava que quanto a ele podia ser colocado naquele momento”. (Notas de Campo - C3)

“Referiu que no início pensava que ia ser mais difícil cuidar deste doente: «Atendendo ao facto de ser jovem pensava que poderia ter mais dificuldade. Mas não, ele colabora muito e, até me ajuda» ”. (Notas de Campo - C5)

Atendendo à sua idade, estado de consciência, nível socioeconómico, entre outros, o doente de foro cirúrgico, facilmente se apercebe do estatuto do estudante, e alguns deles, dentro das suas possibilidades, tentam colaborar. No entanto, outros doentes foram reativos à inexperiência dos estudantes.

“A estudante começou por fazer a lavagem com soro fisiológico. Apesar de demonstrar conhecimentos sobre o procedimento, apresentava alguma dificuldade em relação à força a exercer na compressa durante a desinfeção. A T4 corrigiu-a sugerindo-lhe que exercesse mais força, ao que o doente referiu: «Olhe para o que ela diz» ”. (Notas de Campo - C12)

“A T4 disse: «É sempre a mesma coisa. Farto-me de dizer. Porque não trouxeste um Kit de pensos? Com a pinça magoavas menos o doente». O seu tom de voz foi elevado. O doente franziu a testa. (...) A dada altura o doente começou a referir dor. O E2 no sentido de reconfortar o utente disse: «Está quase. Já só faltam dois pontos». Ao que o doente, com um ar altivo referiu: «Ainda faltam dois!» ”. (Notas de Campo - C16)

O tipo de relação que os utentes estabeleceram com os estudantes, de acordo com a opinião dos segundos, é resultante do tipo de comunicação que os tutores estabelecem com os supervisionados.

“A E4 referiu: «Na medicina as tutoras tinham descrição. (...) Quando nos queriam chamar atenção aproveitavam sempre que possível a reunião do fim do turno. Na cirurgia não. E isso é mau. O doente apercebe-se e depois tem mais dificuldade em nos aceitar» ”. (Notas de Campo - C19)

Verificamos ainda que, ao longo do ensino clínico de cirurgia, se verificou uma ausência de referência aos familiares dos doentes, sendo o discurso, quer dos tutores, quer dos estudantes, centrado em exclusivo no doente, independentemente do seu estágio de doença. Este aspeto está relacionado com a idade e autonomia deste grupo de utentes, quando comparado com os doentes de foro médico. Os doentes de foro cirúrgico não manifestam tanta necessidade de apoio/substituição familiar como os doentes idosos do serviço de medicina.

Síntese de Capítulo

Ao longo deste capítulo analisamos as relações estabelecidas pelos vários intervenientes no processo de aprendizagem dos estudantes, nomeadamente os docentes, tutores, doentes e respetivos pares. Explanamos ainda a influência da equipa de saúde no desenvolvimento deste mesmo processo.

Percebemos que a relação pedagógica estabelecida entre docente e estudantes foi favorável a uma aprendizagem positiva. Por sua vez, a relação estabelecida pelos tutores com os respetivos estudantes divergiu em função do contexto clínico. Se no ensino clínico de medicina a relação pedagógica entre os tutores e os estudantes privilegiou uma relação de apoio, escuta, confiança, respeito, compromisso, acessibilidade e desenvolvimento dos diferentes saberes, já no ensino clínico de cirurgia o mesmo não aconteceu.

No que respeita às relações socio-clínicas estabelecidas entre estudantes, identificamos diferenças em função de ser o primeiro ou o segundo ensino clínico, do conhecimento que o grupo adquiriu sobre si próprio e das metodologias adotadas pelos tutores nos diferentes contextos. No ensino clínico de medicina, momento em que o conhecimento entre pares era menor, houve uma maior aproximação entre estudantes. A partilha de experiências e conhecimentos esteve presente e o grupo demonstrou coesão. Os vários elementos funcionaram entre si como suporte, partilha e apoio. Já no ensino clínico de cirurgia, provavelmente resultante das estratégias metodológicas utilizadas e da presença de alguma competição entre pares, verificou-se um certo afastamento.

A relação estabelecida entre enfermeiros da prática clínica e os estudantes divergiu em função do contexto clínico. Esta divergência englobou um conjunto de dimensões, nomeadamente o grau de acolhimento e disponibilidade, a partilha de saberes e o próprio modelo de acompanhamento. No serviço de cirurgia predominou uma postura de inclusão. Por sua vez, no serviço de medicina evidenciou-se a exclusão.

A equipa multidisciplinar dos referidos contextos clínicos também adotou diferentes posturas face aos estudantes de enfermagem. Na cirurgia houve um relacionamento mais próximo e prolongado com a equipa multidisciplinar comparativamente com o contexto de medicina. Os estudantes descreveram um sentimento de inclusão por parte da equipa multidisciplinar. Consideraram-se aceites pela generalidade dos profissionais,

nomeadamente: equipa médica, assistentes operacionais e equipa do bloco operatório. Na medicina a aproximação à equipa médica foi dificultada. Predominou o distanciamento. Por parte dos assistentes operacionais os estudantes foram encarados como perturbadores.

A relação dos estudantes com os doentes também divergiu em função do ensino clínico. Na medicina pelo facto de a faixa etária e grau de dependência serem elevados, os estudantes estabeleceram com os doentes uma relação terapêutica. Por sua vez, na cirurgia, devido à elevada necessidade do doente em querer compreender a sua situação clínica, a comunicação tornou-se deficitária e geradora de sentimentos de incapacidade.

4 – DA DEFINIÇÃO DE SI À CONQUISTA DE UMA IDENTIDADE

“A constatação de que não é nem a escola nem a organização que formam os atores – eles formam-se, é consistente com este jogo estratégico de definição de si perante o próprio e perante os outros” (Abreu, 1998: 397).

A configuração identitária não depende exclusivamente da lógica da formação escolar, mas também, e fundamentalmente, dos contextos empíricos onde os diferentes atores se movem. Isto significa que os contextos clínicos onde os estudantes realizam ensino clínico, são produtores de identidades. Estes espaços promovem o desenvolvimento de competências, sendo esta, uma das vertentes do processo de formação das identidades profissionais.

A identidade profissional é resultante de uma representação de si e dos outros, construída durante a vivência em diferentes contextos. Apoiados nesta perspetiva, analisaremos ao longo deste capítulo, o desenvolvimento de competências dos estudantes em estudo, bem como, as estratégias por si desenvolvidas no sentido da definição do “Eu”. Terminaremos a nossa abordagem, fazendo referências às tensões que os estudantes vivenciam no seu dia-a-dia em contexto clínico.

4.1 – DOS FOCOS DE ATENÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os ensinamentos clínicos de medicina e cirurgia, cada um deles com um total de 10 semanas, desenvolveram-se de segunda a quinta-feira em contexto hospitalar e à sexta-feira em contexto de sala de aula. Neste último dia da semana, no primeiro momento da manhã, o coordenador, o professor e os tutores dos vários grupos, reuniam com toda a turma (num total de 69 estudantes). Cada grupo, por local de realização de ensino clínico, apresentava à turma, um relatório reflexivo sobre as atividades desenvolvidas ao longo da respetiva semana.

“Falamos das atividades de sexta-feira. O E2 referiu que na sexta-feira, na escola, cada grupo apresentou o seu relatório semanal à turma”. (Notas de Campo -M3)

Num segundo momento, cada um dos referidos grupos, reunia com os respetivos tutores. Este espaço tinha como objetivo, tal como abordamos no subcapítulo 1.3 da segunda parte deste trabalho, refletir sobre as vivências da semana em contexto clínico.

*“No segundo período da manhã, cada grupo de ensino clínico reuniu com o seu tutor no sentido de fazer a avaliação semanal. No grupo em que estive presente (...), esta avaliação começou com preenchimento individual da folha de avaliação elaborada pelos estudantes do Curso (...). Após terminarem a avaliação escrita, e de uma forma muito informal, a T3 perguntou aos estudantes se queriam abordar algum assunto que para eles tivesse sido marcante durante a semana.
(...) Seguidamente, e mais uma vez, com o máximo de informalidade, falaram dos doentes a quem prestaram cuidados (...).
(...) a conversa versou fundamentalmente a componente relacional e psicológica do doente e família”. (Notas de Campo -M12 – Esc.)*

Algumas destas sextas-feiras foram, à semelhança do planeado, destinadas à apresentação de estudos de caso:

“A reunião com os estudantes iniciou-se cerca das 9h na Escola, e decorreu numa sala de aulas. Tinha como objetivo a apresentação de «Estudos de Caso»”. (Notas de Campo -M6 – Esc.)

O processo de aprendizagem no contexto clínico de medicina, centrou-se numa fase inicial, no desenvolvimento de competências técnicas evoluindo gradualmente para a mobilização de saberes adquiridos em contexto escolar. Os conhecimentos aprendidos em sala de aula foram reconstruídos e formalizados através do confronto com a prática clínica. Foi privilegiado ao longo do ensino clínico o desenvolvimento de competências genéricas, científico-técnicas, relacionais/socio-afetivas e atitudinais/ético-morais. Nos primeiros dias, o trabalho desenvolveu-se através do método de equipa. Terminado o período de integração, a atribuição dos doentes por estudante, foi feita tendo por base o método individual. No entanto, nos doentes dependentes, os autocuidados foram prestados, ao longo de todo o ensino clínico, com a colaboração de um dos colegas.

“ «Demos banho ao doente sempre dois a dois» ” (Notas de Campo - M2)

“Cada estudante tinha um doente atribuído, mas era-lhes permitido colaborar entre si. (...)”. (Notas de Campo - M1)

“Em grupos de dois posicionaram os doentes mais dependentes”. (Notas de Campo -M10)

Sempre que os estudantes colaboraram entre si, o estabelecimento de prioridades obedeceu a critérios específicos (ex: grau de dependência, exames auxiliares de diagnóstico marcados, etc.).

Ao longo do ensino clínico, os tutores efetuaram registos detalhadas sobre as “experiências de aprendizagem” de cada estudante.

“Em relação à parte técnica, a T1 explicou que têm tido a preocupação de rodar as experiências pelos vários estudantes, sendo que estão a conseguir atingir os objetivos. Falou-me da existência de uma folha de registo de experiências”. (Notas de Campo - M11)

Estes registos tiveram como objetivo, permitir entre pares, uma distribuição uniforme dos procedimentos técnicos. Nesse sentido, foi permitido que em determinados momentos, alguns estudantes, efetuassem procedimentos a doentes que não lhes estavam atribuídos. O critério utilizado foi o de facultar a experiência ao colega que havia colaborado na prestação de cuidados, pelo facto de ser ele, o que possuía maior conhecimento sobre a situação clínica do doente.

“Na referida enfermaria, encontrava-se a estudante responsável pelo doente. Pelo facto de já ter executado o tratamento à ferida na véspera, deu oportunidade à colega que havia colaborado nos vários autocuidados”. (Notas de Campo - M18)

Sempre que os estudantes executaram um procedimento pela primeira vez, este foi realizado com a supervisão do tutor.

“A T3 verificou com os estudantes quem tinha doentes com cateteres venosos periféricos. Referiu ser necessário fazer a manutenção. Acompanhou os respetivos estudantes durante todo o procedimento. (...)”. (Notas de Campo - **M3**)

Este modelo de supervisão, permitiu, para além de um acompanhamento mais personalizado, a reflexão *na e sobre a ação*.

Ao longo deste ensino clínico, os estudantes foram assíduos e pontuais, não só em presença, como também no desempenho das atividades. De acordo com a nossa e também com a opinião dos tutores, durante a prestação de cuidados e ao longo do turno, foi um grupo muito presente e participativo.

“A T3 referiu «Os estudantes são muito presentes»”. (Notas de Campo - **M13**)

“Pouco antes das 15h, os estudantes foram-se dirigindo para a sala onde se iria passar o turno, e à hora exata iniciou-se a passagem de turno”. (Notas de Campo - **M11**)

Na unidade de cirurgia, os processos de aprendizagem centraram-se fundamentalmente ao nível do desenvolvimento de competências científico-técnicas, com especial relevância, pelas instrumentais. Foi solicitado aos estudantes, a mobilização/articulação dos domínios do “saber” e “saber-fazer” apreendidos em contexto de escola. Os procedimentos aprendidos em sala de aula foram reconstruídos e formalizados através do confronto com a prática clínica.

“A T4 aproveitou este momento para me informar que a meio do ensino clínico os estudantes iam mudar de “Ala”. Disse: «Os diagnósticos são diferentes, mas a equipa de enfermagem é a mesma. Tem como objetivo permitir ao aluno um maior número de experiências»”. (Notas de Campo - **C2**)

A organização do trabalho obedeceu ao método individual. Pelo facto de os estudantes estarem distribuídos pelas várias enfermarias existentes no serviço, a colaboração entre pares foi dificultada. Quando necessitavam de ajuda, esta era prestada pelos enfermeiros do serviço.

“Eles vinham muito habituados a trabalhar em conjunto. Quando um não sabia, estava logo o outro ao lado que dava uma ajuda. Eu penso que foi aqui que nós

os obrigamos, isto entre aspas, porque estavam distribuídos por várias salas, a ser um bocadinho mais autónomos e a pensar e a agir por eles próprios. Essa foi a grande dificuldade. Eles lá em baixo, na medicina, estavam todos na mesma sala. Quando um não sabia o outro resolvia e acabavam por ficar muito interligados uns aos outros. Quando aqui chegaram, e se viram divididos por salas, sem tempo para dar atenção ao colega e a sentirem-se obrigados a fazer as coisas sozinhos, a ter que pensar por eles próprios, começou um novo estágio. Não estavam habituados assim”. (Entrevista T2)

À semelhança do ensino clínico anterior, sempre que os estudantes executaram um procedimento pela primeira vez, fizeram-no com a supervisão do tutor.

“O E1 cerca das 12h iniciou a preparação da medicação dos seus doentes. Quando a T4 entrou na sala de trabalho, o estudante já tinha terminado a preparação da medicação e pediu à tutora para conferir. A tutora perguntou: «Quem esteve contigo na preparação?». Ao que o E1 respondeu: «Estive sozinho». A tutora deitou o injetável fora e disse: «Sabes que não quero que preparem sozinhos. Vais preparar de novo» ”. (Notas de Campo - C2)

“Chegou a hora da medicação das 12h e a tutora T4 (...) assistiu à preparação dos injetáveis”. (Notas de Campo -C16)

A distribuição dos doentes, por estudantes, foi ajustada semanalmente. No sentido de facilitar uma visão global do doente e promover uma aprendizagem integradora, os doentes foram atribuídos no período pré-operatório de forma a o estudante o acompanhar ao longo das restantes fases do período cirúrgico, nomeadamente intra-operatório e pós-operatório imediato. Esta metodologia, para além de favorecer a continuidade de cuidados, desenvolveu no estudante o processo de tomada de decisão em enfermagem. Este aspeto foi referido como positivo e facilitador do processo ensino/aprendizagem.

“O E1 considerou que pelo facto de permanecer mais tempo com os mesmos doentes (uma semana comparativamente com dois dias no ensino clínico anterior) era favorável em relação à realização dos Processos de Enfermagem. «Temos mais facilidade em ver o doente na globalidade e em dar continuidade ao processo» ”. (Notas de Campo -C6)

Neste segundo ensino clínico, o grupo de estudantes foi em termos globais pouco assíduo. Alguns dos mesmos, atingiram demasiado cedo o limite de faltas e os restantes

ficaram muito próximo do mesmo. Este aspeto, para além de ser muito valorizado pelos tutores do ensino clínico, foi também reconhecido por toda a equipa pedagógica.

“A T4 é da opinião que este grupo é pouco responsável. Disse: «Faltam por tudo e por nada. Não sabem estabelecer prioridades na sua vida pessoal. No meu tempo não se faltava por uma dor de cabeça ou de garganta. Agora veem as faltas como um direito, são para se dar. O pior é que tenho alunos que neste momento já estão muito próximo do limite de faltas e ainda não chegamos a meio do estágio» ”. (Notas de Campo - C9)

“Na reunião a T4 referiu que alguns estudantes mostram pouco interesse pela aprendizagem e que se trata de um grupo muito faltoso. Depois de apresentar as faltas dadas até ao momento, foi consensual entre os professores e assistentes presentes, tratar-se de um grupo com um número elevado de faltas”. (Notas de Campo -C7)

Este acentuado absentismo foi entendido pelos tutores, não só como desvalorização do processo de aprendizagem, mas também, como sinónimo de falta de responsabilidade e respeito.

“ (...) Diz que voltam no dia seguinte e não têm uma palavra para com o ele. Habitualmente não justificam a ausência”. (Notas de Campo -C9)

Tendo em conta as especificidades referidas, as metodologias adotadas em cada um dos ensinos clínicos e as características do grupo em cada um dos momentos, analisaremos de seguida, o desenvolvimento de competências profissionais dos estudantes, por cada um dos contextos.

Numa fase inicial do ensino clínico de medicina, provavelmente devido ao facto de ser uma primeira experiência prática, houve necessidade de um investimento ao nível das competências genéricas. Os estudantes, em alguns momentos, demonstraram dificuldade em termos adaptabilidade, iniciativa, criatividade, autonomia, espírito crítico, autoconfiança, estabelecimento de relações, sociabilidade, capacidade de síntese, identificação e capacidade de resolver problemas.

“Apercebi-me que a E7 estava com dificuldade em administrar a terapêutica oral. A doente recusava a ingestão de um comprimido. A estudante demonstrou dificuldade em adotar estratégias para a fazer entender a importância do mesmo.” (Notas de Campo - M8)

“Seguidamente a E7 na presença do enfermeiro começou a dar o pequeno-almoço à doente mas, sem sucesso. O enfermeiro prestou ajuda”. (Notas de Campo - **M8**)

Ao longo das dez semanas, houve uma significativa evolução neste domínio de competências, em todos os estudantes. Realçamos que o sentido de responsabilidade, motivação, capacidade de trabalhar em grupo, vontade de produzir uma impressão positiva, disciplina e solicitude estiveram sempre presentes e foram uma constante ao longo de todo o ensino clínico.

“Sentia-se uma grande agitação nos estudantes no sentido de tudo fazerem e de deixarem as coisas bem-feitas”. (Notas de Campo - **M9**)

“É opinião da T3 que os estudantes apresentam já uma grande segurança e autonomia. Referiu: «Estão muito à-vontade na enfermaria e com os doentes, não acha?» ”. (Notas de Campo - **M7**)

“Enquanto conversávamos, os estudantes administraram a medicação mostrando autonomia e segurança. De vez em quando interrompiam para colocar uma ou outra questão”. (Notas de Campo - **M9**)

*“Os estudantes aproveitavam esta última hora do turno para conversar entre si e com as doentes.
A relação estabelecida entre estudantes é de muita cooperação e cordialidade. Entre estudantes e doentes verifica-se uma relação de ajuda. Apercebi-me que neste grupo existe colaboração e camaradagem”.* (Notas de Campo - **M11**)

No âmbito das competências técnico-científicas realçamos o facto de os vários intervenientes do processo ensino-aprendizagem (professor, tutores e estudantes), numa fase inicial da prática clínica, se centrarem fundamentalmente no desenvolvimento dos procedimentos técnicos. As atividades então desenvolvidas privilegiaram as atividades do domínio do autocuidado.

“Os dois estudantes que prestavam o autocuidado higiene e conforto à doente, mais uma vez, o faziam de forma muito rigorosa e de acordo com os procedimentos ensinados na escola. O dobrar da toalha, o dobrar dos lençóis, a sequência do banho, ... Mostravam também muita preocupação em relação à integridade cutânea”. (Notas de Campo - **M5**)

“ (...) Seis estudantes, dois a dois, prestavam cuidados de higiene e conforto a três doentes. A tutora T1 estava presente. Os estudantes executavam a técnica do banho com grande rigor e já com alguma segurança e à-vontade.” (Notas de Campo - M4)

No sentido de facilitar a consolidação das aprendizagens desenvolvidas em contexto de escola, os tutores promoveram no início do ensino clínico alguns momentos para a observação de novos procedimentos.

“Foi necessário entubar uma doente que estava atribuída a uma estudante. Trata-se de um procedimento que os estudantes ainda não iniciaram, pelo que, a T1 pediu ao colega da sala para deixar os estudantes assistir e, com eles, lembrar o procedimento”. (Notas de Campo - M2)

Nesta primeira experiência clínica, os estudantes em estudo, numa fase inicial, demonstraram um certo grau de dificuldade em relação às habilidades para executar certos procedimentos, nomeadamente a preparação/administração de terapêutica. No sentido de colmatar esses défices, foram criados momentos em sala de aula, para os estudantes reestruturarem os seus saberes técnicos. Os trechos das entrevistas que apresentamos são ilustrativos destes factos.

“ (...) inicialmente foi a técnica. Mas depois chegaram a ir à escola para aferir as técnicas”. (Entrevista T1)

“ As «técnicas» relacionadas com a terapêutica. O grupo manifestou grande dificuldade nos «procedimentos» com a terapêutica.” (Entrevista T3)

Os tutores consideraram que foram vários os fatores condicionadores do desenvolvimento das competências técnicas, nomeadamente: a ansiedade, o receio por parte do estudante de não ter sucesso, o confronto com o contexto da prática clínica, entre outros.

“Eles habitualmente ficam muito ansiosos. Querem fazer tudo. Querem executar as «técnicas» todas. Por ex.: É normal numa primeira algáliação não fazerem bem. Sinto que se preocupam muito com as «técnicas» quando surgem pela primeira vez”. (Entrevista T1)

“Nota-se que estão muito apreensivos em relação às «técnicas» e referem que aqui não é exatamente como nas aulas”. (Entrevista T1)

“Em termos de «técnicas», penso que o receio influenciou bastante. Foi o primeiro contacto com o hospital, com o campo de estágio, com as coisas, ... E acho que acaba por ser um bocadinho por aí. O medo de errar... As continhas...Pensam: «Se tenho duas coisas para dar por onde começo? Posso dar seguido, ou não?». Acho que é mesmo uma questão de insegurança”. (Entrevista T3)

Apesar dos obstáculos vivenciados e provavelmente devido a esse mesmo facto, os estudantes valorizaram e investiram, de forma significativa, neste domínio de competências profissionais.

“ (...) por parte dos estudantes, há ainda uma grande preocupação em investir na componente técnica. Sentem já alguma segurança ao nível da prestação de cuidados de higiene e conforto, mas referem que depois de terminarem estes cuidados, e até à hora do almoço, há um longo período para efetuar registos que seria mais interessante se fizessem outras coisas tais como algaliações, medicação, entubações,...”. (Notas de Campo - M4)

“Sente-se nos estudantes, em termos gerais, que existe uma grande preocupação em ter sucesso na execução dos procedimentos/técnicas, independentemente do número de vezes executado. Todo o ensino clínico parecer girar à volta do sucesso e rigor dos mesmos”. (Notas de Campo - M9)

De acordo com uma estudante, a preocupação com a execução técnica, é resultante do desconhecimento que possuem, sobre a valorização que os tutores atribuem ao sucesso ou insucesso das mesmas. Manifestou receio que esta competência seja muito valorizada em termos da avaliação do ensino clínico.

“Referem considerar que sabem os procedimentos, mas temem não ter sucesso durante a execução. «Por exemplo eu sei todos os passos para fazer uma colheita de sangue, mas tenho muito medo de não conseguir apanhar a veia. Eu sei que nem sempre se consegue puncionar logo à primeira. Até mesmo quem tem muita experiência. Mas isso preocupa-me». Tentei perceber o que é que a preocupava realmente. A frustração de não conseguir, ou o que o doente sente, ou pensa sobre ela. Referiu: «Com os doentes não há problema. Eles gostam muito de nós. Estão sempre a fazer elogios. Também é verdade que até agora não temos tido doentes difíceis. Na escola também nos disseram que era assim». Então qual é o problema?, perguntei: «É que na escola os professores dizem uma coisa, mas agora na prática não sabemos até que ponto vão ter isso em

consideração. Não sabemos se realmente não nos vão penalizar pelo facto de não termos conseguido» ”. (Notas de Campo - M9)

Consolidados os procedimentos e verificado um maior domínio das habilidades e destreza, o foco de atenção voltou-se para a mobilização e articulação dos saberes que suportam os procedimentos e a tomada de decisão em enfermagem. Também nesta área, foram identificados défices. A este propósito um tutor referiu:

“Têm dificuldade em preparar, não têm «conhecimentos» sobre diluições, tempos de administração, ...” (Entrevista T3)

Apesar de os tutores reconhecerem que os estudantes têm falta de conhecimentos, não pareceram valorizar de forma significativa esse facto. De acordo com os mesmos, trata-se de uma competência que pode ser desenvolvida em contexto da prática.

“No caso da aplicação da «teoria» na «prática», nós conseguimos trabalhá-los. Pode um ou outro levar mais tempo. Mas isso não é o pior”. (Entrevista T3)

“Com o tempo os alunos percebem que a enfermagem é um conjunto de muitas coisas. Por exemplo em relação aos «saberes». Com o tempo eles percebem a importância de saber a «teoria» ”. (Entrevista T1)

O registo e a transmissão de informação durante a passagem de turno foi iniciado, por volta do meio do ensino clínico. A comunicação dos estudantes era clara, objetiva e concisa. Apesar de não ser prática dos enfermeiros do serviço, procederam de acordo com o aprendido em contexto académico. Os registos e transmissão da informação foram efetuados de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

“Aproveitei para perguntar como estruturavam os registos. (...) Explicaram que no primeiro dia, lhes foi dito como deveriam fazer. Começar pelo estado de orientação do doente, depois com base na CIPE referirem os autocuidados, seguidamente os tegumentos e por fim os dados vitais”. (Notas de Campo - M2)

“Pedi-lhe autorização para ler as notas de evolução da doente e tirar apontamentos. Verifiquei que se encontravam estruturados tendo por base os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções”. (Notas de Campo - M4)

Verificamos que apesar de ser solicitada aos estudantes a linguagem classificada (CIPE), este aspeto não foi suficientemente valorizado pelos tutores, na medida em que, a orientação efetuada, foi da exclusiva responsabilidade dos professores. Não só em contexto de sala de aula:

“A reunião com os estudantes foi iniciada cerca das 9h na Escola, e decorreu numa sala de aulas. Tinha como objetivo a apresentação de um «Estudo de Caso». ”. (Notas de Campo - M6 – Esc.)

Como também em contexto clínico:

“Uma estudante aproveitou a presença da professora para lhe pedir ajuda em relação ao Processo de Enfermagem. Questionou a professora sobre o que registar na folha de «Apreciação Inicial» ”. (Notas de Campo - M4)

Os estudantes reforçam a nossa opinião, ao referirem:

“A professora parece preocupar-se mais com o rigor dos procedimentos e dos registos ao nível do plano de cuidados. As tutoras investem mais na prestação direta de cuidados”. (Notas de Campo - M5)

Ao longo do nosso trabalho de campo, apercebemo-nos que a ausência de investimento dos tutores a este nível se relacionou, com a falta de conhecimentos por parte dos mesmos. A este propósito um dos tutores referiu:

“ «Considero-me com conhecimentos ao nível da prestação de cuidados, no entanto, ao nível de orientação de Processo e Enfermagem, Planos de Cuidados e Estudos de Caso sinto-me muito insegura». Acrescentou que não domina a CIPE. «Aliás não é habitual ser-me pedido esse tipo de orientação». Questionei-a sobre quem fazia essa orientação, ao que respondeu ser os professores da escola”. (Notas de Campo - M2)

Constatamos assim, que os supervisores mais próximos dos estudantes possuem uma visão dicotómica da enfermagem, segmentando a conceção de cuidados da respetiva execução. Consideramos que este modelo de supervisão clínica, apoiado em duas

perspetivas diferentes de enfermagem, perpetua a distância entre a teoria e a prática clínica. Apoiando-se a formação dos estudantes em duas formas diferentes de conceber os cuidados, os estudantes podem optar por uma delas – a veiculada pela escola com a respetiva ênfase na “conceção dos cuidados” ou a praticada pelos tutores com realce na “prestação”.

Conforme temos realçado, as competências técnico-científicas mereceram por parte dos supervisores, no início deste ensino clínico, um investimento deliberado. No entanto, foi notório que os atores do nosso estudo se encontraram ao longo do mesmo, em diferentes estádios e atribuíram diferentes tipos de relevância às várias competências profissionais. Por um lado, identificamos estudantes que durante todo o processo de aprendizagem se centraram em exclusivo nas competências anteriormente explanadas, desvalorizando por completo as restantes, paralelamente, verificamos que outros, sendo estes segundos a maioria, evoluíram para o desenvolvimento das competências atitudinais, ético-morais, relacionais e socio-afetivas. Sobre estas diferentes formas de investimento profissional, um tutor disse:

“ Em relação ao grupo em si, uns procuraram investir mais na «destreza», outros na «relação e nas atitudes» com os doentes”. (Entrevista T1)

Em relação às competências ético-morais podemos constatar que uma das estudantes sujeita a observação participante efetuou, com elevada frequência, juízos de valor em relação às decisões tomadas pelos familiares das doentes.

“Falamos sobre a sua doente. Referiu não se sentir afetada com o seu estado. «Eu já sabia para o que vinha. Nunca tinha passado por isto, mas imaginava que era assim. Não me está a perturbar. Só não concordo com a filha. Acho que ela devia levar a mãe para casa. A filha já está preparada. Já sabe tudo o que se vai passar. A doente é ainda muito nova, sabe? Tem cinquenta e poucos anos. Se fosse eu levava a minha mãe para casa. Não a deixava morrer no hospital» ”. (Notas de Campo - M15)

“Perguntei se conhecia as condições da família, ao que respondeu: «Não sei, mas bolas...arranja-se. É mãe. A filha está sempre aqui é certo. Mas devia perceber que é melhor para a mãe morrer em casa. O marido nunca cá aparece...Acho que só veio uma vez ou duas. O filho, olhe...é aquele que vai ali a passar, as vezes aparece. A filha é que está sempre aqui.

Mas não concordo com a atitude dela, devia levar a mãe» ”. (Notas de Campo - M15)

“Quanto à E4 já tem uma opinião diferente: «A mim não me chocou o sofrimento. O que me marcou mesmo foi a filha. Aliás já falei disto com a Enf.^a Laura. Não concordo com o facto de a doente ter morrido no hospital» ”. (Notas de Campo - M17)

No entanto, em termos globais, os atores do nosso estudo revelaram maturidade e competência ética e moral, demonstrando enorme respeito pela Pessoa Humana.

“A T3 referiu: Têm um enorme respeito pelos doentes» ”. (Notas de Campo - M11)

“Quando cá chegaram vinham com uma postura e, ao longo do ensino clínico mudaram muito. Notou-se que cresceram como alunos e como pessoas. E depois há aquelas fases em que “saltam” para a seguinte, porque sentem que já está tudo consolidado”. (Entrevista T3)

Para além da maturidade demonstrada e do investimento ao nível das competências ético-morais, um grupo significativo de estudantes, demonstrou preocupação pelo facto de não poder intervir mais em favor da defesa do doente. Possuidores de uma visão integradora dos cuidados demonstraram perspicácia e sensibilidade na identificação de situações de sofrimento físico e espiritual dos doentes. Preocuparam-se em estabelecer com os doentes uma relação de ajuda.

“Os estudantes referiam-se aos doentes com carinho, respeito e afeto. Neste espaço a conversa versou fundamentalmente a componente relacional e psicológica do doente e família. Mostraram muita maturidade na abordagem. (...) O que estava realmente em questão era a relação com o doente e família. (...) Percebe-se que estão sensibilizados para a relação de ajuda”. (Notas de Campo - M12 – Esc.)

A forma de “Ser” e de “Estar” destes jovens face aos doentes esteve muito próxima da visão que os tutores deste ensino clínico defendem para a enfermagem. Segundo estes, na enfermagem em geral, e nos doentes de foro médico em particular, é fundamental privilegiar as competências relacionais e socio-afetivas. Consideraram que a natureza do

trabalho de enfermagem em contexto de medicina está muito ligada à “relação” e à “ajuda”. De acordo com os mesmos este deve ser o principal, mas não o único, pilar da enfermagem.

“ (...) nos doentes da medicina, se o enfermeiro não se aproxima deles, se não conversar, se não os tentar compreender, acabam por ficar sozinhos. É necessário aproximarmo-nos, fazê-los falar... Isto também é fazer enfermagem, não é?”. (Entrevista T3)

“Mas tudo tem que ser um conjunto. As competências não devem ser vistas de forma individual”. (Entrevista T1)

“A T1 referiu que para ela é muito importante o cuidado direto ao doente, não só ao nível de procedimentos e técnicas mas também, e fundamentalmente, a nível relacional. «Temos uma área de intervenção que é só nossa. Nos serviços de Medicina é assim» ”. (Notas de Campo - M5)

Defendem que as competências socio-afetivas e ético-morais necessitam ser muito trabalhadas em contexto da prática, sendo a sua valorização, primordial para o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes.

“(...) Eu acho que neste tipo de serviço e durante os ensinamentos clínicos, os alunos devem ser incentivados a construir uma relação de ajuda. Claro que há limites. Mas eu acho que o facto de o aluno chegar junto do doente e dizer «Bom Dia», «Como está», «Dormiu bem», «Como é que se sente» ... valorizo muito isso. Não basta entrar na sala e dizer «Bom Dia» e acabou. Acho que o lado humano é muito importante. Dou muito valor a isso. À forma como o aluno consegue comunicar. É certo que todo o resto é importante, mas eu acho que é necessário trabalhar muito esta parte”. (Entrevista T3)

“ (...) o tipo de reação inicial é de receio. Só ao aproximar-se das enfermarias, já manifestam receio. O mesmo acontece com os doentes. Mas com o passar do tempo, se formos com eles... Aqui também é importante o tipo de doentes que temos. O facto de termos doentes agitados assusta o aluno. Mas se estivermos um bocadinho com eles junto do doente, são eles próprios que dizem «Já pode ir, eu agora fico...». Acho que no início existe medo, mas com o tempo é ultrapassado”. (Entrevista T3)

Coerentes com uma visão humanista da Pessoa os tutores deste contexto clínico investiram deliberadamente nas competências relacionais:

“ (...) valorizei mais o aspeto relacional: A forma como o aluno se aproxima do doente. O não ter medo de fazer...”. (Entrevista T3)

“Acho que o «lado humano» é muito importante. Dou muito valor a isso. À forma como o aluno consegue comunicar. É certo que todo o resto é importante, mas eu acho que é necessário trabalhar muito esta parte”. (Entrevista T3)

“A relação. Eu valorizo muito”. (Entrevista T3)

“A «relação». Acho muito importante”. (Entrevista T1)

Importa salientar que os estudantes sujeitos a observação participante defenderam que a postura do professor e/ou do tutor influencia no desenvolvimento das competências relacionais e socio-afetivas, no entanto, consideram que por si só, não é determinante.

“O E2 considera-se muito comunicativo e gosta de ajudar os outros. Defende serem estas as principais competências para se ser enfermeiro. «Para mim a enfermagem está muito relacionada com a capacidade de ajuda». Referiu que sente que a postura do Professor/Tutor pode influenciar muito no desenvolvimento dessas competências. No entanto acrescentou que por si só não é determinante. «Antes de o aluno entrar no Curso tem que ter já sensibilidade para a Profissão» ”. (Notas de Campo - M5)

Esta parece ser também a opinião dos tutores na medida em que referem:

“ (...) Por exemplo, determinado aluno pode ser muito sensível à «relação», mas se nós não dermos importância, ele desvaloriza”. (Entrevista T1)

“Acho que a competência «relação» é aquela que os alunos têm mais dificuldade. Também é essa que nós procuramos estar mais presentes. Bem, nós estamos presentes em todas as outras, mas esta é muito importante. No entanto, se dermos um bocadinho de acompanhamento, eu acho que é das mais fáceis de atingir. Mas com muito acompanhamento. Eu acho que muitas vezes é por eles se sentirem desamparados. Muitas vezes não têm ninguém que lhes diga como fazer. Temos por isso que ajudá-los muito nesse aspeto”. (Entrevista T1)

O ensino clínico de cirurgia, foi de acordo com a opinião de alguns estudantes, comparativamente com o realizado anteriormente, mais favorável ao desenvolvimento de

competências genéricas, nomeadamente a iniciativa, a autonomia, segurança, autodomínio, capacidade de tomar decisão,... Tal facto foi, por um lado, resultante da postura da equipa de enfermagem e da metodologia de trabalho utilizada, por outro, da confiança que os estudantes adquiriram ao longo da sua experiência clínica.

“Com o seu ar sorridente o E2 respondeu que «está a correr bem». «Este ensino clínico está a ser diferente». Referiu sentir-se mais autónomo e mais independente. «Estamos distribuídos de forma diferente da medicina. Não estamos tão juntinhos e isso obriga-nos a sermos mais autónomos e a tomarmos decisões» ”. (Notas de Campo - C3)

Apesar de alguns dos jovens do nosso estudo manifestarem agrado pelo facto de terem sido distribuídos pelas várias enfermarias existentes no serviço, outros, consideraram que esta metodologia de trabalho se tornou dificultadora em relação ao processo de tomada de decisão.

“A E7 é uma estudante que tem demonstrado sempre muito interesse. É ponderada e muito comunicativa com os doentes. Demonstra ter conhecimentos mas referiu ter dificuldade em tomar decisões”. (Notas de Campo - C12)

Por sua vez, os tutores deste contexto são da opinião que ao longo do ensino clínico de cirurgia os estudantes apresentaram défices significativos em relação às competências genéricas.

“A conversa da T2 foi no sentido de reforçar o que anteriormente me havia dito. «Falta de iniciativa, pouca capacidade de trabalhar individualmente, muitas faltas, dificuldade de mobilizar os conhecimentos teóricos, ...» ”. (Notas de Campo - C5)

“O discurso da T2 foi muito semelhante ao da T4. Referiu que os estudantes «têm pouca iniciativa». Que «estão mal habituados». «Estavam todos juntos e isso impedia-os de desenvolver a iniciativa». (...) «São muito faltosos e pouco pontuais (...) Demoram muito tempo no pequeno-almoço e almoço». Acrescentou ainda que quando são chamados à atenção respondem «não tinha nada para fazer» ”. (Notas de Campo - C5)

“(...) há pessoas que andam aqui um bocadinho para passar o tempo. Levam isto como uma passagem. Muitos deles pensam que é mais uma aula teórica e no fim toda a gente passa”. (Entrevista T4)

Em relação aos restantes domínios de competências, os atuais tutores defendem que os estudantes privilegiaram fundamentalmente as competências técnicas,

“Os alunos preocupam-se muito com a «técnica», ...com a «experiência», ...com o «saber-fazer». A conversa deles é: «Quantas colheitas já fiz..., consegui puncionar, ...». Os pensos. Valorizam muito a «técnica», o «procedimento» ”. **(Entrevista T2)**

“Eles centram-se muito na «técnica». No saber-fazer e, mais nada. Contam quantos «procedimentos/técnicas» já fizeram. Para eles é muito importante o «saber-fazer». O «ser capaz de fazer» ...”. (Entrevista T2)

“O que me parece é que estes alunos valorizam muito a parte «técnica». Gostam muito do «saber-fazer». Talvez se afastem, tal como eu dizia há pouco, do «conhecimento», privilegiando mais a «execução» e a «prática» ”. **(Entrevista T2)**

“E eles acham que se conseguirem algaliar bem um doente, se não sentirem dificuldade, já são uns excelentes alunos. Para eles a «técnica» é suficiente para ser enfermeiro. «Já posso levar o “vinte” porque chego aqui e faço todas as técnicas que aprendi» ”. **(Entrevista T4)**

em desfavor das competências socio-afetivas e relacionais.

“Mais preocupados com as competências técnicas do que com a relação”. **(Entrevista T4)**

“Não se preocupam em explicar ao doente o que se vai fazer – «o comunicar». A preocupação em fazer bem, e executar algo é tal, que se esquecem de todo o resto. Eles ficam bloqueados nas primeiras vezes que fazem as coisas. De tal forma estão concentrados na execução técnica (no fazer), que se esquecem que há uma Pessoa ali. Parece que estão na sala de técnica, na escola, com o boneco à frente. Chegam ali, puncionam o doente, por exemplo, e esquecem-se de todo o resto”. **(Entrevista T4)**

“A parte relacional fica descurada. Se falarmos da parte relacional mais nos períodos mortos, quando têm de fazer questões ao doente, entrevistas, colher dados, ... aí já estão preocupados em absorver informação, então já valorizam a relação”. **(Entrevista T4)**

A opinião dos estudantes é de que o contexto de cirurgia não foi facilitador do desenvolvimento de competências atitudinais, ético-morais, socio-afetivas e relacionais, tendo favorecido, fundamentalmente, o desenvolvimento de competências científico-técnicas.

“Referem que na medicina tiveram mais oportunidade de desenvolver a «relação/comunicação, a postura, a forma de estar, o Ser Enfermeiro». Consideraram que na cirurgia é necessário saber mais teoria. Defendem que desenvolvem mais «a destreza, a técnica, a assepsia, a autonomia, as notas de evolução do doente, a técnica de pensos e os registos em termos globais. Com mais frequência se vive situações de emergência» (E3 e E8). Consideram que na cirurgia desenvolvem mais o conhecimento em termos globais (farmacologia, diagnósticos médicos, patologias dos doentes, evolução e como intervir em feridas) ”. (Notas de Campo - C17)

Apontam como uma das causas, as características dos doentes internados nesta unidade.

“Por outro lado referiu que «este tipo de doentes está sempre a questionar-nos. Querem saber mais coisas. Com as doentes de medicina não era assim”. (Notas de Campo - C1)

“ Consideram que é muito diferente cuidar de um doente de foro médico ou de foro cirúrgico. Referem que o doente de foro Cirúrgico «quer saber mais» ”. (Notas de Campo - C1)

“Dizia o E2: «As doentes no serviço de medicina quase não faziam perguntas. Éramos nós que conversávamos com elas. Aqui, os homens são mais jovens, não apresentam alterações do estado de consciência, e querem saber tudo» ”. (Notas de Campo - C1)

Reconhecem à semelhança do mencionado pelos tutores, que os conhecimentos que possuem, por serem insuficientes, interferem na relação que estabelecem com os doentes.

“Outra estudante referiu que, a sua grande dificuldade, está relacionada com a falta de conhecimentos sobre os diagnósticos médicos e a dificuldade em dar informação aos doentes sobre os mesmos”. (Notas de Campo - C1)

“Referiram ainda que os pontos fracos são a falta de conhecimentos de farmacologia, (...), e ainda o tratamento à ferida”. (Notas de Campo - C14)

Embora sendo consensual entre tutores e discentes que o foco de atenção dos estudantes neste ensino clínico privilegiou as competências de domínio técnico-científico, a nosso ver, este investimento não foi apenas resultante das exigências dos doentes ali internados, mas também, decorrente da valorização atribuída pelos tutores.

“As competências que desenvolveram com maior dificuldade relacionam-se fundamentalmente com os conhecimentos, e mais especificamente, com a farmacologia. Este grupo de alunos, e os alunos em termos gerais, têm muita dificuldade em relacionar o fármaco com a patologia. Depois de os motivarmos a fazer pesquisa, até começam a ser capazes de dizer para que serve o fármaco, mas continuam a ter dificuldade em o adequar àquele doente, especificamente. Um determinado fármaco, num doente dá-se com um objetivo, noutro já é com um objetivo diferente. E é isto que eles têm dificuldade em perceber. Em termos de conhecimentos de patologia também manifestam dificuldades. Trazem poucos conhecimentos e é necessário andar constantemente a questioná-los e a alertá-los para a necessidade de fazer pesquisa”. (Entrevista T2)

“Mas a farmacologia é realmente um grande défice que temos vindo a sentir em todos os grupos”. (Entrevista T2)

“A T4 aproveitou este momento para me informar que a meio do ensino clínico os alunos iam mudar de “Ala”. Disse: «Os diagnósticos são diferentes, mas a equipa de enfermagem é a mesma. Tem como objetivo permitir ao aluno um maior número de experiências»”. (Notas de Campo - C2)

A valorização do domínio técnico-científico foi referida por alguns estudantes, como um aspeto negativo, que condicionou o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz com os utentes.

“A E6 referiu: «Aqui é o fazer bem e depressa. Na medicina era fundamentalmente o saber. Tínhamos que saber tudo. Na medicina com a T3 era diferente. Ela valorizava muito a relação com os doentes. A relação que ela tinha connosco também era muito boa. Talvez por isso considerasse importante a relação com os doentes»”. (Notas de Campo - C2)

“A E3 reforçou: «Os orientadores avaliam muito os conhecimentos das patologias, da farmacologia, etc.»”. (Notas de Campo - C11)

O processo de tomada de decisão em enfermagem, assim como, os registos e transmissão da informação, foram aspetos muito valorizados pelos tutores. Ao longo deste

ensino clínico, e ao contrário do sucedido anteriormente, foram privilegiados momentos para a orientação/avaliação da documentação do processo de tomada de decisão em Enfermagem (Processo de Enfermagem/CIPE).

“O olhar para o doente e identificar os «problemas», as «atividades» e os «resultados esperados», (...) são coisas que os alunos têm sempre muita dificuldade e que exigem muito de nós”. (Entrevista T2)

“Questionei o E2 em relação à documentação do Processo de tomada de decisão em Enfermagem. Referiu que neste serviço as tutoras são mais exigentes. «No estágio anterior as orientadoras não corrigiam o Processo de Enfermagem. Aqui perguntam-nos constantemente por eles e querem vê-los» ”. (Notas de Campo - C6)

Os estudantes encararam este aspeto como positivo para o desenvolvimento do processo de aprendizagem na medida em que:

“(...) o feedback dado pelas orientadoras atempadamente permite-lhes reformular o Processo de Enfermagem em tempo oportuno e desenvolver a aprendizagem”. (Notas de Campo - C9)

Consideraram que apesar do facto de existir diferenças em relação à orientação sobre a documentação do Processo de tomada de decisão em Enfermagem, o mesmo não se tornou dificultador do processo de aprendizagem.

“Comparou a correção efetuada pela professora e as atuais tutoras e referiu existir algumas diferenças, apesar de pequenas. Considerou não serem perturbadoras. «Afinal é assim mesmo. No Processo de Enfermagem não há consenso» ”. (Notas de Campo - C6)

Apesar das especificidades deste segundo contexto clínico, a opinião dos estudantes, em relação à valorização das competências de desenvolvimento profissional, não mudou comparativamente com o manifestado no contexto de medicina. Todavia, um estudante foi da opinião que as competências técnico-científicas merecem especial relevo, ao longo da formação em enfermagem, assim como, ao nível da prestação de cuidados:

“O E1 referiu que para ele é muito importante que os enfermeiros possuam conhecimentos.

Pedi-lhe que se explicasse melhor. Referiu que «é importante que os enfermeiros saibam bem a teoria». «Que necessitam saber adaptar a teoria à prática». Mas que sente uma grande pobreza de conhecimentos por parte de alguns enfermeiros. Referiu-se especificamente à fisiologia, patologia e à farmacologia. Defendeu ainda, comparando os enfermeiros de medicina com os da cirurgia, que considera que os da cirurgia têm mais conhecimentos «devido à diversidade de patologias existentes no serviço».

A E7 concordou com o E1, mas fez questão de defender a sua opinião. «Concordo com o que o E1 diz mas acho que a parte humana é fundamental. Sem humanismo não se pode ser enfermeiro».

Ao que o E1 respondeu: «Eu antes quero um enfermeiro que saiba o que está a fazer do que um que me dê palmadinhas nas costas». A E7 disse: «Não é isso. Mas às vezes uma conversa resolve muita coisa» ”. (Notas de Campo - C15)

Como anteriormente referido, todos os demais elementos do grupo mantiveram o seu parecer em relação à importância das restantes competências de desenvolvimento profissional.

“Apesar de referirem que a cirurgia lhes proporciona o desenvolvimento de competências científicas há estudantes que continuam a considerar que é fundamental a componente relacional.

A E3 defendeu que quanto a ela «o mais importante é a comunicação/relação. É meio caminho andado para todo o resto. Se tivermos uma boa relação com o doente é mais fácil aplicar a técnica» ”. (Notas de Campo - C17)

“A E8 manifestou desacordo. Diz «Considero que deve ser o somatório de todas as competências, sendo que a menos importante é a destreza manual» ”. (Notas de Campo - C17)

“Disse a E5 «O maior ensinamento que tive nos dois ensinamentos clínicos foi a comunicação. A comunicação em todo o sentido. O tocar...Por a mão nas costas...A pessoa doente necessita de muita atenção» ”. (Notas de Campo - C19)

Parece tornar-se claro que apesar do contexto em causa, promover fundamentalmente o desenvolvimento de competências técnico-científicas, os estudantes em estudo, não se limitaram, apenas ao aprofundamento das mesmas. Demonstraram ao longo de todo o ensino clínico, sensibilidade e preocupação com as competências relacionais e sócio afetivas apesar de nem sempre lhes ter sido possível investir a este nível. Consideramos que a valorização destas últimas competências é resultante, de referenciais identitários de outros contextos clínicos (mais especificamente os tutores da medicina), do contexto escolar

(aprendizagens e desenvolvimento de saberes em sala de aula e a relação professor-estudante) e da formação e identidade pessoal dos estudantes.

“O E1 e a E7 referiram que na medicina «dávamos banhos, apoio emocional...» e que investiam fundamentalmente na «relação com o doente». «Na cirurgia desenvolvemos a destreza manual, os conhecimentos teóricos, as técnicas»”. (Notas de Campo - C15)

Apesar das especificidades de cada realidade, é nossa opinião que os estudantes demonstraram saber-ser e saber-estar nos dois contextos de ensino clínico. Privilegiaram a “Pessoa no seu todo”, revelando possuir um pensamento ético e deontológico, bem como, uma visão holística do “Ser Humano”. Demonstraram possuir respeito pelo doente.

“O E2 referiu que «as competências que quanto a mim são mais importantes desenvolver são: as atitudes/postura e a comunicação/relação. (...) Para mim «Ser enfermeiro» passa fundamentalmente por uma visão humanista das pessoas. Isso está diretamente relacionado, diz, com as competências: relacionais, comunicacionais e atitudinais». Considera que um enfermeiro «cinco estrelas» é aquele «que consegue ter conhecimentos, destreza e ser humanista». (...) Refere que na prática clínica «Há muita falta de humanismo». Sendo que «uns valorizam mais a destreza e outros sentem-se importantes por mostrarem ter conhecimentos»”. (Notas de Campo - C10)

Parece-nos importante salientar, que ao longo do ensino clínico de cirurgia, em contexto de sala de aula, os estudantes refletiram com os professores da escola sobre questões éticas e deontológicas inerentes à prática de cuidados. Ilustramos este aspeto com um excerto da apresentação de um Estudo de Caso, efetuada por um dos subgrupos de estudantes deste contexto cirúrgico:

“Então deparamo-nos com a seguinte questão: «Sentimentalismo ou profissionalismo?». «Será que deve fazer parte dos nossos cuidados a parte sentimental?». Como grupo, refletindo acerca da vulnerabilidade do doente, concordamos no sentido de que os cuidados unicamente direcionados para o «tecnicismo» são incompletos. É necessário o tato, o toque, para não só proporcionar ao doente total conforto, como também nos tornarmos verdadeiramente profissionais. Portanto, concluímos que o profissionalismo não se resume à técnica, mas também à humanização como parceria, não sendo aspetos díspares”. (Notas de Campo - C19 Esc.)

Com base na análise efetuada, verificamos que o ensino clínico de medicina, não negligenciando o conhecimento científico-técnico, privilegiou fundamentalmente, o

desenvolvimento de competências socio-afetivas/relacionais e ético-morais/atitudinais. Por sua vez, o ensino clínico de cirurgia foi facilitador do desenvolvimento de competências científico-técnicas.

Consideramos que resultante da diversidade das práticas nas unidades de cirurgia e de medicina, as matrizes identitárias dos atores não foram determinadas de forma linear, nos dois contextos. Uma vez que as racionalidades e as interdependências assumiram formas identitárias completamente diferentes, os estudantes aproximaram-se do modelo aprendido na escola e desenvolvido no primeiro contexto clínico.

Somos da opinião que pelo facto de no primeiro ensino clínico ser privilegiada a dimensão humanista, as competências relacionais foram sendo desenvolvidas através de uma sucessão de experiências, prolongando-se inclusive ao longo do segundo ensino clínico. Estas competências assumiram assim um grande destaque, sendo a sua valorização mantida independentemente dos contextos.

Como referido no enquadramento metodológico deste trabalho, no âmbito do desenvolvimento de competências, privilegamos no nosso estudo, uma abordagem multimetodo. Assim sendo, e no sentido de comparar os dados por nós recolhidos, sujeitos a análise de conteúdo, com a opinião dos estudantes manifestada através do inventário de competências, apresentamos de seguida os resultados obtidos. Paralelamente triangularemos os dados quantitativos com os qualitativos.

Para compararmos as médias dos critérios de competências desenvolvidos no primeiro ensino clínico entre os grupos de medicina e os grupos de cirurgia, bem como, as médias dos critérios de competência no segundo ensino clínico dos referidos contextos recorreremos ao *Test T de Student* para amostras independentes. Para comparar as médias entre o primeiro e o segundo ensinos clínicos, utilizou-se o *Test T de Student* para amostras emparelhadas. Foram utilizados como referência os seguintes níveis de significância: $p > 0,050$ – diferença não significativa e $p \leq 0,050$ – diferença significativa.

Apresentamos de seguida os resultados obtidos por cada um dos critérios de competências:

QUADRO 23 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A1 – Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora.	4,62	0,492	4,63	0,492	- 0,028 (67 df)	0,977
2 – Reconhece o seu papel enquanto estudante.	4,65	0,484	4,81	0,397	-1,523 (67 df)	0,132
3 - Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro.	4,03	0,552	4,06	0,564	- 0,263 (67 df)	0,793
4 - Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual.	4,62	0,594	4,59	0,665	0,184 (67 df)	0,855

Através do quadro 23, verificamos que as médias de cada um dos critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” referente ao contexto clínico de medicina e ao contexto clínico de cirurgia, ao fim de dez semanas de ensino clínico, apresentam valores relativamente elevados. Como se pode observar, em nenhum dos critérios desta competência, encontramos diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 24 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A1 – Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora.	4,47	0,567	4,62	0,492	- 1,200 (67 df)	0,235
2 – Reconhece o seu papel enquanto estudante.	4,66	0,483	4,70	0,463	- 0,407 (67 df)	0,685
3 - Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro.	4,22	0,553	4,14	0,631	0,581 (67 df)	0,563
4 - Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual.	4,72	0,581	4,68	0,669	0,283 (67 df)	0,778

À semelhança do verificado no quadro 23, no contexto de medicina e no contexto de cirurgia, ao fim de vinte semanas de ensino clínico, as médias dos vários critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” mantêm-se elevadas. Também neste segundo ensino clínico, em nenhum dos critérios desta competência, encontramos diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 25 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A1 – Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2ºEC		t	p
	M	DP	M	DP		
1 - Aceita a responsabilidade e responde pelas suas ações e pelos juízos profissionais que elabora.	4,62	0,488	4,55	0,530	1,093 (68 df)	0,278
2 – Reconhece o seu papel enquanto estudante.	4,71	0,450	4,68	0,469	0,686 (68 df)	0,495
3 - Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro.	4,04	0,554	4,17	0,593	- 1,830 (68 df)	0,072
4 - Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência atual.	4,61	0,623	4,70	0,626	- 1,062 (68 df)	0,292

Como se pode observar pelo quadro 25, comparamos os resultados médios dos vários critérios da competência A1 “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” entre os dois momentos; primeiro ensino clínico e segundo ensino clínico. Apesar de em todos os critérios encontrarmos $p > 0,050$ (diferença estatística não significativa) parece-nos importante relevar o facto de no critério 3 “Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro” encontrarmos um $p = 0,072$ e um $t = -1,830$. Este dado permite-nos concluir que ao longo dos dois ensinos clínicos os estudantes em estudo foram interiorizando os limites do papel e da competência do enfermeiro. Salientamos ainda que a globalidade dos resultados levou-nos a concluir que de acordo com a opinião dos estudantes, a prática profissional ao longo dos dois ensinos clínicos, foi desenvolvida com responsabilidade. Relembramos que de acordo com o anteriormente apresentado, esta foi também a opinião dos tutores do ensino clínico de medicina, sendo por nós confirmada, como vimos anteriormente, através da observação participante realizada durante as vinte semanas. Salientamos o facto de que os tutores do contexto de cirurgia onde efetuamos observação participante, não partilharam da mesma opinião. A este propósito um dos tutores do segundo contexto referiu:

“Tivemos alunos muito imaturos. Que levavam isto de uma forma muito leve. Naquela: «Eu sou o maior». Mas quando surgia algum problema a mãe aparecia para resolver”. (Entrevista T4)

QUADRO 26 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 “*Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A2 – Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
5 - Conhece efetivamente o Código Deontológico.	3,65	0,824	3,34	0,745	1,602 (67 df)	0,114
6 - Exerce de acordo com o Código Deontológico.	3,92	0,862	3,56	0,840	1,733 (67 df)	0,088
7 - Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas.	3,89	0,614	3,97	0,647	- 0,506 (67 df)	0,615
8 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	4,19	0,660	4,22	0,792	- 0,169 (67 df)	0,866
9 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.	4,22	0,672	4,47	0,507	- 1,739 (67 df)	0,087
10 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquiridas enquanto profissional.	4,46	0,558	4,66	0,545	- 1,477 (67 df)	0,144
11 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à privacidade.	4,59	0,551	4,53	0,507	0,494 (67 df)	0,623
12 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	4,59	0,498	4,56	0,504	0,266 (67 df)	0,791
13 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	4,32	0,475	4,44	0,564	- 0,905 (67 df)	0,369
14 - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas.	4,03	0,687	4,16	0,515	- 0,873 (67 df)	0,386
15 - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	4,51	0,651	4,28	0,523	1,617 (67 df)	0,111
16 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	4,78	0,479	4,72	0,457	0,574 (67 df)	0,568
17 - Presta cuidados culturalmente sensíveis.	4,22	0,712	4,16	0,847	0,320 (67 df)	0,750
18 - Prática de acordo com a legislação aplicável.	4,00	0,667	4,22	0,608	- 1,415 (67 df)	0,162
19 - Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.	3,89	0,737	3,91	0,530	- 0,092 (67 df)	0,927

O quadro 26 apresenta as médias dos vários critérios da competência A2 – “*Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos*”, no contexto de medicina e no contexto de cirurgia ao fim de dez semanas de ensino clínico. Como se pode observar, em nenhum dos critérios desta competência, identificamos diferenças estatisticamente significativas. Somos no entanto da opinião que alguns dos critérios apresentam valores relativamente baixos, tendo em conta a relevância dos mesmos. Referimo-nos mais especificamente aos seguintes: “*Conhece efetivamente o Código Deontológico*” em que o contexto de medicina apresenta M= 3,65; DP = 0,824 e o de cirurgia M= 3,34; DP = 0,745; “*Exerce de acordo com o Código Deontológico*” em que o contexto de medicina apresenta M= 3,92; DP = 0,862 e o de cirurgia M= 3,56; DP = 0,840; “*Analisa de forma crítica as tomadas de decisão ética*” em que o contexto de

medicina apresenta M= 3,89; DP = 0,614 e o de cirurgia M= 3,97; DP = 0,647; “Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei” em que o contexto de medicina apresenta M= 3,89; DP = 0,737 e o de cirurgia M= 3,91; DP = 0,530.

QUADRO 27 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 “Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A2 – Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
5 - Conhece efetivamente o Código Deontológico.	3,47	0,671	3,51	0,768	- 0,256 (67 df)	0,799
6 - Exerce de acordo com o Código Deontológico.	3,53	0,671	3,62	0,681	- 0,553 (67 df)	0,582
7 - Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas.	3,81	0,592	4,00	0,471	- 1,463 (67 df)	0,148
8 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	4,22	0,706	4,27	0,693	- 0,305 (67 df)	0,761
9 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.	4,34	0,602	4,49	0,768	- 0,849 (67 df)	0,399
10 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquiridas enquanto profissional.	4,44	0,619	4,62	0,492	- 1,376 (67 df)	0,173
11 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à privacidade.	4,56	0,504	4,68	0,530	- 0,905 (67 df)	0,369
12 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	4,50	0,568	4,59	0,551	- 0,701 (67 df)	0,486
13 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	4,28	0,523	4,35	0,538	- 0,547 (67 df)	0,585
14 - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas.	4,16	0,515	4,16	0,553	- 0,046 (67 df)	0,964
15 - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	4,31	0,592	4,54	0,505	- 1,726 (67 df)	0,089
16 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	4,56	0,564	4,68	0,530	- 0,858 (67 df)	0,394
17 - Presta cuidados culturalmente sensíveis.	4,19	0,738	4,30	0,571	- 0,696 (67 df)	0,489
18 - Prática de acordo com a legislação aplicável.	4,06	0,564	3,97	0,499	- 0,699 (67 df)	0,487
19 - Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.	3,75	0,842	3,97	0,600	- 1,278 (67 df)	0,206

Através do quadro 27, verificamos que em nenhum dos critérios da competência A2 – “Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos”, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os contextos de medicina e os contextos de cirurgia ao fim de vinte semanas de ensino clínico. No entanto, tal como referimos para o primeiro ensino clínico, também neste, surgem critérios de competências com médias relativamente baixas. Salientamos o facto de se tratar dos mesmos critérios anteriormente identificados. Os valores encontrados foram os seguintes: “

Conhece efetivamente o Código Deontológico” em que o contexto de medicina apresenta M = 3,47; DP = 0,671 e o de cirurgia M = 3,51; DP = 0,768; *“Exerce de acordo com o Código Deontológico*” em que o contexto de medicina apresenta M = 3,53; DP = 0,671 e o de cirurgia M = 3,62; DP = 0,681; *“Analisa de forma crítica as tomadas de decisão ética*” em que o contexto de medicina apresenta M = 3,81; DP = 0,592 e o de cirurgia M = 4,00; DP = 0,471; *“Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei*” em que o contexto de medicina apresenta M = 3,75; DP = 0,842 e o de cirurgia M = 3,97; DP = 0,600.

QUADRO 28 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência A2 *“Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos”* e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA A2 – Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
5 - Conhece efetivamente o Código Deontológico.	3,51	0,797	3,49	0,720	0,145 (68 df)	0,885
6 - Exerce de acordo com o Código Deontológico.	3,75	0,864	3,58	0,673	1,622 (68 df)	0,109
7 - Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas.	3,93	0,626	3,91	0,535	0,217 (68 df)	0,829
8 - Atua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.	4,20	0,719	4,25	0,695	- 0,445 (68 df)	0,658
9 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação, escrita e oral, adquiridas enquanto profissional.	4,33	0,610	4,42	0,695	- 1,062 (68 df)	0,292
10 - Garante a confidencialidade e a segurança da informação.	4,55	0,557	4,54	0,558	0,184 (68 df)	0,854
11 - Respeita o direito dos clientes ao acesso à privacidade.	4,57	0,528	4,62	0,517	- 1,070 (68 df)	0,288
12 - Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	4,58	0,497	4,55	0,557	0,351 (68 df)	0,726
13 - Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	4,38	,517	4,32	,528	0,705 (68 df)	0,484
14 - Identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas.	4,09	0,612	4,16	0,532	- 0,962 (68 df)	0,340
15 - Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	4,41	0,602	4,43	0,555	- 0,351 (68 df)	0,726
16 - Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	4,75	0,467	4,62	0,545	1,694 (68 df)	0,095
17 - Presta cuidados culturalmente sensíveis.	4,19	0,772	4,25	0,651	- 0,728 (68 df)	0,469
18 - Prática de acordo com a legislação aplicável.	4,10	0,645	4,01	0,528	0,925 (68 df)	0,358
19 - Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.	3,90	0,645	3,87	0,726	0,307 (68 df)	0,760

Quando comparamos as médias dos vários critérios da competência A2 – *“Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos”*,

entre o primeiro e o segundo ensino clínico, mais uma vez não encontramos diferenças estatisticamente significativas. Em relação aos critérios de competência anteriormente referidos como tendo valores de média baixos, os resultados são agora os seguintes: “*Conhece efetivamente o Código Deontológico*” com $M = 3,51$; $DP = 0,797$ para o primeiro ensino clínico e de $M = 3,49$; $DP = 0,720$ para o segundo ensino clínico; “*Exerce de acordo com o Código Deontológico*” com $M = 3,75$; $DP = 0,864$ para o primeiro ensino clínico e de $M = 3,58$; $DP = 0,673$ para o segundo ensino clínico; “*Analisa de forma crítica as tomadas de decisão ética*” encontramos os valores de $M = 3,93$; $DP = 0,626$ para o primeiro ensino clínico e de $M = 3,91$; $DP = 0,535$ para o segundo ensino clínico; “*Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei*” encontramos os valores de $M = 3,90$; $DP = 0,645$ para o primeiro ensino clínico e de $M = 3,87$; $DP = 0,726$ para o segundo ensino clínico.

Os resultados aqui apresentados, referentes aos dois contextos e aos dois períodos de ensino clínico não estão de acordo com a análise qualitativa apresentada anteriormente. Como vimos, através dos documentos produzidos pelos estudantes, bem como, da observação participante por nós efetuada, apesar de algumas exceções, em termos gerais os estudantes em estudo privilegiaram as várias componentes da dimensão ética e deontológica, ao longo de toda a sua prática clínica. No sentido de reforçar esta divergência, apresentamos a opinião de uma estudante sujeito a observação participante referente a um dos seus doentes:

“ (...) A E6 referiu: «É muito difícil perceber estas pessoas. Elas não pensam como nós. Tem outros valores» ”. (Notas de Campo - C16)

Também durante a apresentação dos “estudos de caso” em contexto de sala de aula, verificamos que em termos gerais, todos os grupos de ensino clínico enfatizaram de forma muito significativa a dimensão ética. Ilustramos com o seguinte exemplo:

“Ao refletirmos acerca destes temas conseguimos aperceber da real dimensão e problemática deste caso e do quanto difícil é abordar um caso com esta dimensão ética.

(...)

- Perante este facto qual o papel dos profissionais de saúde?

- Será legítimo proibir as visitas a um doente terminal?

- Quem tem legitimidade de o fazer?

(...).

Quem tem legitimidade para desenraizar este doente, afastando-o da sua família?

(...)

- Será que os profissionais tiveram o cuidado de explicar ao doente a razão de ser o último a ir ao banho? (...) (Notas de Campo - **C19 Esc.**)

QUADRO 29 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B1 – Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	4,05	0,621	4,31	0,535	-1,837 (67 df)	0,071
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	3,78	0,584	3,75	0,672	0,223 (67 df)	0,824
22 - Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	3,62	0,758	3,31	0,592	1,865 (67 df)	0,065
23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	3,84	0,602	3,94	0,564	- 0,706 (67 df)	0,483
24 - Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	3,89	0,567	4,09	0,530	- 1,520 (67 df)	0,133
25 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	3,92	0,433	4,13	0,421	- 1,996 (67 df)	0,050
26 - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	3,92	0,640	3,94	0,619	- 0,122 (67 df)	0,903
27 - Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	3,95	0,575	4,22	0,553	- 2,001 (67 df)	0,049
28 – Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	3,76	0,435	4,13	0,492	- 3,301 (67 df)	0,002

Em relação à competência B1 - “Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados” no primeiro ensino clínico verificamos diferenças estatisticamente significativas entre o contexto de cirurgia e o de medicina. Os estudantes que realizaram ensino clínico no primeiro contexto referido, comparativamente com os do segundo, apresentam valores médios mais elevados para os seguintes critérios de competência: “Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo” ($t = - 1,996$; $p = 0,050$); ($M = 3,92$; $DP = 0,433$ na medicina e $M = 4,13$; $DP = 0,421$ na cirurgia); “Apresenta a informação de forma clara e sucinta” ($t = - 2,001$; $p = 0,049$); ($M = 3,95$; $DP = 0,575$ na medicina e $M = 4,22$; $DP = 0,553$ na cirurgia); “Interpreta de forma adequada os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura” ($t = - 3,301$; $p = 0,002$); ($M = 3,76$; $DP = 0,435$ na medicina e $M = 4,13$; $DP = 0,492$ na cirurgia). Concluímos assim que de acordo com a opinião dos estudantes,

manifestada através do inventário de competências, o ensino clínico de cirurgia realizado no primeiro momento de experiência clínica, foi facilitador do desenvolvimento de alguns critérios desta competência.

QUADRO 30 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “*Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B1 – Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	4,16	0,515	3,97	0,499	- 1,499 (67 df)	0,139
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	3,84	0,628	3,97	0,600	- 0,873 (67 df)	0,386
22 - Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	3,72	0,729	3,62	0,721	0,555 (67 df)	0,581
23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	4,03	0,695	3,84	0,688	1,159 (67 df)	0,250
24 - Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	4,09	0,588	3,93	0,575	1,054 (67 df)	0,296
25 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	4,28	0,523	4,08	0,595	1,473 (67 df)	0,145
26 - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	4,03	0,538	3,97	0,645	0,404 (67 df)	0,688
27 - Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	4,09	0,530	4,14	0,536	- 0,322 (67 df)	0,749
28 – Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	4,16	0,574	4,00	0,527	1,178 (67 df)	0,243

Através do quadro 30 verifica-se que ao contrário dos resultados obtidos para o primeiro ensino clínico, os critérios da competência B1 - “*Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados*” não apresentam alterações estatisticamente significativas.

QUADRO 31 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B1 “Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B1 – Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
20 - Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	4,17	0,593	4,06	0,511	1,473 (68 df)	0,145
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	3,77	0,622	3,91	0,612	- 1,689 (68 df)	0,096
22 - Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	3,48	0,699	3,67	0,721	- 2,027 (68 df)	0,047
23 - Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	3,88	0,582	3,93	0,693	- 0,519 (68 df)	0,605
24 - Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	3,99	0,556	4,01	0,581	- 0,341 (68 df)	0,734
25 - Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	4,01	0,437	4,17	0,568	- 2,265 (68 df)	0,027
26 - Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	3,93	0,626	4,00	0,594	- 0,962 (68 df)	0,340
27 - Apresenta a informação de forma clara e sucinta.	4,07	0,577	4,12	0,530	- 0,575 (68 df)	0,567
28 – Interpreta, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	3,93	0,495	4,07	0,551	- 2,004 (68 df)	0,049

Quando comparamos o primeiro com o segundo ensino clínico verificamos novamente alterações estatisticamente significativas. No segundo momento, os estudantes apresentam valores médios, mais elevados, para os seguintes critérios de competência: “*Colabora/participa nas discussões acerca da inovação da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde*” ($t = - 2,027$; $p = 0,047$); ($M = 3,48$; $DP = 0,699$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,67$; $DP = 0,721$ no segundo ensino clínico); “*Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo*” ($t = - 2,265$; $p = 0,027$); ($M = 4,01$; $DP = 0,437$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,17$; $DP = 0,568$ no segundo ensino clínico); “*Interpreta de forma adequada os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura*” ($t = - 2,004$; $p = 0,049$); ($M = 3,93$; $DP = 0,495$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,07$; $DP = 0,551$ no segundo ensino clínico).

Este aspeto, quanto a nós, pode ser justificado através do facto de, no segundo ensino clínico, os estudantes se encontrarem mais familiarizados com a prática clínica. Realçamos que os critérios “*Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências*”, “*Colabora/participa nas discussões acerca da inovação da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde*”, “*Aplica o pensamento crítico e as*

técnicas de resolução de problemas” e *“Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados”* apresentam médias relativamente baixas, em cada um dos contextos e em cada um dos momentos de ensino clínico. Questionamo-nos em que medida estes resultados estão relacionados com o facto da supervisão dos ensino clínicos ser predominantemente efetuada por enfermeiros da prática clínica. E ainda se estes aspetos mereceram um verdadeiro investimento por parte dos tutores?

Como veremos no subcapítulo seguinte, nem todos os tutores trabalharam o pensamento critico-reflexivo dos estudantes nem investiram de forma significativa na técnica de resolução de problemas. Alguns dos mesmos, não privilegiaram a fundamentação dos cuidados prestados, nem envolveram os estudantes, em discussões acerca da inovação nos cuidados de saúde.

QUADRO 32 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 *“Contribui para a promoção da saúde”* e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B2 – Contribui para a promoção da saúde						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
29 - Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade.	4,38	0,639	4,38	0,660	0,022 (67 df)	0,983
30 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinações da saúde.	4,59	0,551	4,44	0,669	1,075 (67 df)	0,289
31 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	3,76	0,863	3,47	0,950	1,319 (67 df)	0,192
32 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	3,78	0,712	3,59	0,837	1,019 (67 df)	0,312
33 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.	3,95	0,705	4,06	0,716	- 0,680 (67 df)	0,499
34 - Fornece informação de saúde relevante para os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.	3,78	0,750	4,06	0,716	- 1,572 (67 df)	0,121
35 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	3,86	0,673	3,72	0,772	0,840 (67 df)	0,404
36 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	4,00	0,577	3,84	0,515	1,178 (67 df)	0,243
37 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	4,41	0,686	4,28	0,523	0,835 (67 df)	0,406
38 - Aplica o conhecimento sobre as estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	3,86	0,673	3,81	0,592	0,340 (67 df)	0,735
39 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	3,84	0,602	3,91	0,734	- 0,425 (67 df)	0,672

Em relação à competência B2 - “*Contribui para a promoção da saúde*” não identificamos diferenças estatisticamente significativas, entre os contextos de medicina e de cirurgia. Apesar disso, parece-nos importante realçar os seguintes critérios de competência, por apresentarem um valor de média elevado: “*Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade*” com M= 4,38; DP = 0,639 para os contextos de medicina e M = 4,38; DP = 0,660 para os contextos de cirurgia; “*Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística tendo em conta as múltiplas determinações da saúde*” com M= 4,59; DP = 0,551 para os contextos de medicina e M = 4,44; DP = 0,669 para os contextos de cirurgia.

QUADRO 33 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 “*Contribui para a promoção da saúde*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B2 – Contribui para a promoção da saúde						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
29 - Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade.	4,50	0,568	4,43	0,647	0,457 (67 df)	0,649
30 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinações da saúde.	4,59	0,560	4,43	0,603	1,146 (67 df)	0,256
31 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	3,78	0,706	3,81	0,776	- 0,164 (67 df)	0,870
32 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	3,81	0,644	3,81	0,616	0,011 (67 df)	0,991
33 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.	4,06	0,669	3,97	0,600	0,586 (67 df)	0,560
34 - Fornece informação de saúde relevante para os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.	4,09	0,777	3,89	0,658	1,169 (67 df)	0,247
35 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	3,78	0,706	3,86	0,631	- 0,519 (67 df)	0,605
36 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	3,91	0,641	4,03	0,687	- 0,752 (67 df)	0,455
37 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	4,22	0,608	4,30	0,661	- 0,511 (67 df)	0,611
38 - Aplica o conhecimento sobre as estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	4,03	0,647	3,78	0,712	1,501 (67 df)	0,138
39 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	4,09	0,588	4,05	0,575	0,283 (67 df)	0,778

Em relação ao segundo período de ensino clínico, na competência B2 - “*Contribui para a promoção da saúde*” também não verificamos diferenças estatisticamente significativas. Realçamos no entanto, que os critérios de competência que apresentam

valores de média mais elevados são os mesmos identificados para o primeiro momento de ensino clínico, com os seguintes valores: “*Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade*” com M= 4,50; DP = 0,568 para os contextos de medicina e M = 4,43; DP = 0,647 para os contextos de cirurgia; “*Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística tendo em conta as múltiplas determinações da saúde*” com M= 4,59; DP = 0,560 para os contextos de medicina e M = 4,43; DP = 0,603 para os contextos de cirurgia.

QUADRO 34 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B2 “*Contribui para a promoção da saúde*” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B2 – Contribui para a promoção da saúde						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
29 - Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade.	4,38	0,644	4,46	0,608	- 1,000 (68 df)	0,321
30 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinações da saúde.	4,52	0,609	4,51	0,585	0,178 (68 df)	0,859
31 - Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	3,62	0,909	3,80	0,739	- 1,539 (68 df)	0,128
32 - Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	3,70	0,773	3,81	0,625	- 1,341 (68 df)	0,184
33 - Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adotarem estilos de vida saudáveis.	4,00	0,707	4,01	0,630	- 0,145 (68 df)	0,885
34 - Fornece informação de saúde relevante para os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação.	3,91	0,742	3,99	0,717	- 0,727 (68 df)	0,470
35 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	3,80	0,719	3,83	0,663	- 0,341 (68 df)	0,734
36 - Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	3,93	0,551	3,97	0,664	- 0,395 (68 df)	0,694
37 - Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	4,35	0,614	4,26	0,634	0,830 (68 df)	0,409
38 - Aplica o conhecimento sobre as estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	3,84	0,633	3,90	0,689	- 0,600 (68 df)	0,550
39 - Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	3,87	0,662	4,07	0,577	- 2,280 (68 df)	0,026

Centrando-nos agora no quadro 34, onde analisamos os resultados obtidos no primeiro ensino clínico comparativamente com os obtidos no segundo ensino clínico referentes à competência B2 - “*Contribui para a promoção da saúde*”, verificamos que em relação ao critério de competência “*Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde*” encontramos diferenças estatisticamente significativas. No segundo

ensino clínico, os estudantes apresentam valores médios, mais elevados ($t = - 2,280$; $p = 0,026$); ($M = 3,87$; $DP = 0,662$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,07$; $DP = 0,577$ no segundo ensino clínico). Mais uma vez, parece-nos ser possível justificar esta diferença, através do facto de, no segundo ensino clínico, os estudantes estarem já mais capacitados para a promoção e compreensão das práticas de saúde.

No seguimento da análise dos quadros 32 e 33 anteriormente apresentados, importa referir que os critérios de competência aí realçados surgem agora com os seguintes valores de média:

- *“Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade”* que apresenta os valores $M = 4,38$; $DP = 0,644$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,46$; $DP = 0,608$ no segundo ensino clínico. Durante a nossa observação participante, este facto, apenas foi visível, no ensino clínico de cirurgia (que decorreu como é sabido durante o segundo momento). No contexto da medicina sujeita a observação participante, a interação com a equipa multidisciplinar foi muito reduzida.

- *“Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinações da saúde”* com os valores de $M = 4,52$; $DP = 0,609$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,51$; $DP = 0,585$ no segundo ensino clínico. Neste critério de competência os resultados obtidos estão de acordo com a nossa observação participante. Como abordado, os estudantes sujeitos ao nosso estudo qualitativo, demonstraram ter, ao longo da sua experiência clínica, uma visão holística da Pessoa. As notas de campo que se seguem são disso ilustrativas:

“ (...) A E5 conversava com a sua doente num tom de voz calmo. A doente referiu mal-estar geral, e a estudante enquanto prestava cuidados físicos, investiu simultaneamente ao nível emocional”. (Notas de Campo -M17)

De salientar que os critérios diretamente relacionados com as competências científicas também aqui, apresentam valores médios, baixos. Referimo-nos a: *“Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação”* com $M = 3,62$; $DP = 0,909$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,80$; $DP = 0,739$ no segundo ensino clínico; *“Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde”* com $M = 3,70$; $DP = 0,773$ no primeiro

ensino clínico e $M = 3,81$; $DP = 0,625$ no segundo ensino clínico; “*Fornece informação de saúde relevante para os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação*” com $M = 3,91$; $DP = 0,742$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,99$; $DP = 0,717$ no segundo ensino clínico; “*Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades*” com $M = 3,80$; $DP = 0,719$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,83$; $DP = 0,663$ no segundo ensino clínico; “*Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente*” com $M = 3,93$; $DP = 0,551$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,97$; $DP = 0,664$ no segundo ensino clínico e “*Aplica o conhecimento sobre as estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades*” com $M = 3,84$; $DP = 0,633$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,90$; $DP = 0,689$ no segundo ensino clínico. Estes dados permitem-nos afirmar que os estudantes, à semelhança do referido pelos tutores ao longo da observação participante, reconhecem apresentar algumas dificuldades ao nível do conhecimento e respetiva mobilização/articulação para a prática clínica.

“A T1 conversou com a estudante no sentido de esta ter mais cuidado em relação às questões que coloca. Referiu que tinha mostrado falta de conhecimentos de âmbito geral.”. (Notas de Campo -M4)

“A T1 respondeu que ela tinha que estudar mais. Que há medicação específica das medicações e que é importante, os estudantes trazerem já esses conhecimentos. «Quando se inicia um estágio é importante fazer pesquisa sobre os fármacos mais utilizados, para no momento da administração não ter de andar a pesquisar»”. (Notas de Campo -M10)

A tutora referiu: “Não sabem farmacologia, ... quando questionados sobre a patologia dos seus doentes, não respondem, ...”. (Notas de Campo -C13)

QUADRO 35 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B3 “*Utiliza o Processo de Enfermagem*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B3 – Utiliza o Processo de Enfermagem						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
40 - Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem.	3,73	0,560	4,03	0,647	- 2,075 (67 df)	0,042
41 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão.	3,46	0,605	3,84	0,677	-2,489 (67 df)	0,015
42 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	3,86	0,787	4,19	0,644	- 1,844 (67 df)	0,070
43 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	3,86	0,713	3,81	0,859	0,277 (67 df)	0,783
44 - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	4,14	0,536	4,03	0,647	0,730 (67 df)	0,468
45 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,27	0,608	4,50	0,672	- 1,491 (67 df)	0,141
46 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	3,73	0,608	3,94	0,759	- 1,262 (67 df)	0,211
47 - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	3,97	0,600	4,31	0,693	- 2,182 (67 df)	0,033
48 - Documenta o plano de cuidados.	4,16	0,727	4,19	0,592	- 0,157 (67 df)	0,876
49 - Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	4,22	0,630	4,41	0,615	-1,264 (67 df)	0,211
50 - Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	4,75	0,555	4,50	0,568	0,499 (67 df)	0,619
51 - Documenta a implementação das intervenções.	4,08	0,640	4,13	0,660	0,280 (67 df)	0,780
52 - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.	4,08	0,640	4,09	0,689	- 0,079 (67 df)	0,937
53 - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	3,76	0,641	3,97	0,861	-1,169 (67 df)	0,246
54 - Utiliza os dados de avaliação para modificar o plano de cuidados.	4,05	0,664	4,13	0,751	- 0,416 (67 df)	0,679

Em relação à competência B3 - “*Utiliza o Processo de Enfermagem*” encontramos no primeiro ensino clínico, diferenças estatisticamente significativas, quando comparamos o contexto de medicina com o contexto de cirurgia, nos seguintes critérios: “*Efetua, de forma sistemática uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem*” ($t = - 2,075$; $p = 0,042$); ($M = 3,73$; $DP = 0,560$ na medicina e $M = 4,03$; $DP = 0,647$ na cirurgia); “*Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão*” ($t = - 2,489$; $p = 0,015$); ($M = 3,46$; $DP = 0,605$ na medicina e $M = 3,84$; $DP = 0,677$ na cirurgia) e “*Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em*

colaboração com os clientes e/ou cuidadores” ($t = - 2,182$; $p = 0,033$); ($M = 3,97$; $DP = 0,600$ na medicina e $M = 4,31$; $DP = 0,693$ na cirurgia).

De salientar ainda que neste primeiro ensino clínico, os estudantes apresentam valores médios, baixos, para os seguintes critérios: “*Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais*” com $M = 3,86$; $DP = 0,713$ para a medicina e $M = 3,81$; $DP = 0,859$ para a cirurgia, “*Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores*” com $M = 3,73$; $DP = 0,608$ para a medicina e $M = 3,94$; $DP = 0,759$ para a cirurgia e “*Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados*” com $M = 3,76$; $DP = 0,641$ para a medicina e $M = 3,97$; $DP = 0,861$ para a cirurgia.

QUADRO 36 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B3 “*Utiliza o Processo de Enfermagem*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B3 – Utiliza o Processo de Enfermagem						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
40 - Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem.	4,16	0,574	3,92	0,640	1,610 (67 df)	0,112
41 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão.	3,81	0,592	3,86	0,481	- 0,405 (67 df)	0,687
42 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,19	0,535	4,08	0,829	0,622 (67 df)	0,536
43 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	4,09	0,734	3,95	0,705	0,852 (67 df)	0,397
44 - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	4,16	0,723	4,08	0,682	0,444 (67 df)	0,659
45 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,44	0,669	4,32	0,530	0,784 (67 df)	0,436
46 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,09	0,558	3,86	0,673	1,492 (67 df)	0,140
47 - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,09	0,641	4,08	0,595	0,085 (67 df)	0,932
48 - Documenta o plano de cuidados.	4,34	0,545	4,11	0,843	1,355 (67 df)	0,180
49 - Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	4,31	0,535	4,27	0,450	0,356 (67 df)	0,723
50 - Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	4,56	0,564	4,49	0,607	0,536 (67 df)	0,594
51 - Documenta a implementação das intervenções.	4,22	0,751	4,05	0,524	1,068 (67 df)	0,290
52 - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.	4,22	0,659	4,11	0,458	0,818 (67 df)	0,416
53 - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	4,19	0,738	3,95	0,743	1,351 (67 df)	0,181
54 - Utiliza os dados de avaliação para modificar o plano de cuidados.	4,13	0,492	4,05	0,621	0,520 (67 df)	0,605

No segundo ensino clínico, não verificamos diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos critérios desta competência. Por sua vez, houve uma ligeira subida nos valores médios dos critérios de competência anteriormente referenciados. São eles: “*Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais*” com M= 4,09; DP = 0,734 para a medicina e M = 3,95; DP = 0,705 para a cirurgia, “*Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores*” com M= 4,09; DP = 0,558 para a medicina e M = 3,86; DP = 0,673 para a cirurgia e “*Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos*

progressos, face aos resultados esperados” com M= 4,19; DP = 0,738 para a medicina e M = 3,95; DP = 0,743 para a cirurgia.

QUADRO 37 - Médias e desvio padrão da competência B3 “*Utiliza o Processo de Enfermagem*” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B3 – Utiliza o Processo de Enfermagem						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
40 - Efetua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a conceção dos cuidados de enfermagem.	3,87	0,616	4,03	0,618	- 1,839 (68 df)	0,070
41 - Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão.	3,64	0,664	3,84	0,532	- 2,116 (68 df)	0,038
42 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,01	0,737	4,13	0,705	- 1,111 (68 df)	0,270
43 - Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	3,84	0,779	4,01	0,717	- 1,539 (68 df)	0,128
44 - Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	4,09	0,588	4,12	0,697	0,307 (68 df)	0,760
45 - Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,38	0,644	4,38	0,597	0,000 (68 df)	1,000
46 - Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	3,83	0,685	3,97	0,641	- 1,425 (68 df)	0,159
47 - Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.	4,13	0,662	4,09	0,612	0,478 (68 df)	0,634
48 - Documenta o plano de cuidados.	4,17	0,663	4,22	0,725	0,113 (68 df)	0,581
49 - Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	4,30	0,626	4,29	0,488	0,191 (68 df)	0,849
50 - Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	4,54	0,558	4,52	0,584	0,163 (68 df)	0,871
51 - Documenta a implementação das intervenções.	4,10	0,645	4,13	0,640	- 0,376 (68 df)	0,708
52 - Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.	4,09	0,658	4,16	0,559	- 0,843 (68 df)	0,402
53 - Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	3,86	0,753	4,06	0,745	- 1,871 (68 df)	0,066
54 - Utiliza os dados de avaliação para modificar o plano de cuidados.	4,09	0,702	4,09	0,562	0,000 (68 df)	1,000

Quando comparamos o primeiro ensino clínico com o segundo clínico, encontramos alterações estatisticamente significativas para o critério: “*Analisa, interpreta e documenta os dados com exatidão*” ($t = - 2,116$; $p = 0,038$); ($M = 3,64$; $DP = 0,664$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,84$; $DP = 0,532$ no segundo ensino clínico). Por sua vez, os estudantes apresentam um valor médio, baixo, no critério “*Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes*

e/ou cuidadores” com M= 3,83; DP = 0,685 no primeiro ensino clínico e M = 3,97; DP = 0,641 no segundo ensino clínico.

Através da análise apresentada, podemos concluir que no primeiro ensino clínico e mais especificamente no contexto de medicina, os estudantes manifestaram dificuldades ao nível da conceção de cuidados. Fica-nos assim a ideia, de que o processo de tomada de decisão em enfermagem é algo que foi desenvolvido ao longo dos dois ensinos clínicos, sendo o contexto de cirurgia mais facilitador. Estes resultados estão de acordo com os da metodologia qualitativa, na medida em que, foi no ensino clínico de cirurgia que os estudantes manifestaram um maior envolvimento dos tutores em relação ao processo de enfermagem.

“Questionei-o o E2 em relação ao Processo de Enfermagem. Referiu que neste serviço as tutoras são mais exigentes. «No estágio anterior as orientadoras não corrigiam o Processo de Enfermagem. Aqui perguntam-nos constantemente por eles e querem ver»”. (Notas de Campo - C6)

QUADRO 38 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “Estabelece uma comunicação e relações interpessoais” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B4 – Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
55 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	3,81	0,739	3,84	0,847	- 0,173 (67 df)	0,864
56 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrónica pela sua área de competência.	4,11	0,516	4,16	0,677	- 0,335 (67 df)	0,739
57 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	4,22	0,672	4,22	0,608	- 0,016 (67 df)	0,987
58 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	4,03	0,687	3,97	0,538	0,388 (67 df)	0,699
59 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	3,76	0,863	4,03	0,782	- 1,376 (67 df)	0,374
60 - Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	3,78	0,821	4,06	0,759	- 1,456 (67 df)	0,150
61 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos /aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	3,86	0,673	3,75	0,622	0,732 (67 df)	0,467

Em relação aos critérios da competência B4 - “*Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes*” não verificamos diferenças estatisticamente significativas, no primeiro momento dos ensinos clínicos.

QUADRO 39 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “*Estabelece uma comunicação e relações interpessoais*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B4 – Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
55 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	3,97	0,695	3,81	0,811	0,861 (67 df)	0,392
56 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrônica pela sua área de competência.	4,28	0,581	4,19	0,462	0,733 (67 df)	0,466
57 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	4,25	0,762	4,24	0,548	0,043 (67 df)	0,966
58 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	4,03	0,740	3,97	0,499	0,388 (67 df)	0,699
59 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	4,13	0,609	3,97	0,763	0,905 (67 df)	0,369
60 - Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	4,00	0,568	3,89	0,658	0,725 (67 df)	0,471
61 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos /aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	3,94	0,619	4,00	0,745	- 0,375 (67 df)	0,709

Em relação ao segundo período de ensino clínico, na competência B4 - “*Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes*”, e à semelhança do primeiro momento, também não verificamos diferenças estatisticamente significativas.

QUADRO 40 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B4 “*Estabelece uma comunicação e relações interpessoais*” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B4 – Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
55 - Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	3,83	0,785	3,88	0,758	- 0,563 (68 df)	0,575
56 - Comunica com consistência informação relevante, correta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrônica pela sua área de competência.	4,13	0,592	4,23	0,519	- 1,355 (68 df)	0,180
57 - Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	4,22	0,639	4,25	0,651	- 0,275 (68 df)	0,784
58 - Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	4,00	0,618	4,00	0,618	0,000 (68 df)	1,000
59 - Comunica com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	3,88	0,832	4,04	0,695	- 1,589 (68 df)	0,117
60 - Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	3,91	0,800	3,94	0,616	- 0,314 (68 df)	0,754
61 - Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos /aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	3,81	0,648	3,97	0,685	- 1,700 (68 df)	0,094

Quando comparamos os critérios da competência B4 - “*Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes*” entre o primeiro e o segundo ensino clínico, verificamos que apesar de esta competência ter evoluído favoravelmente, ao longo dos dois momentos, no final das vinte semanas, os estudantes ainda apresentam um valor médio, relativamente baixo, para os critérios “*Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais*” com M= 3,83; DP = 0,785 no primeiro ensino clínico e M = 3,88; DP = 0,758 no segundo ensino clínico; “*Utiliza a informação disponível de forma eficaz e apropriada*” com M= 3,91; DP = 0,800 no primeiro ensino clínico e M = 3,94; DP = 0,616 no segundo ensino clínico e “*Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos /aplicações locais no campo das tecnologias da saúde*” com M= 3,81; DP = 0,648 no primeiro ensino clínico e M = 3,97; DP = 0,685 no segundo ensino clínico.

Apoiados na análise qualitativa, somos da opinião que apesar de alguns tutores terem investido de forma significativa neste domínio de competências, as mesmas, não foram trabalhadas de forma continuada, ao longo dos dois ensinos clínicos.

“Acreditaram que as orientadoras de medicina os motivavam muito para a comunicação com o doente e família. O E2 acrescentou: «A perspectiva que nos foi transmitida no estágio de medicina foi a perspectiva humanista. Já na cirurgia considero ter sido a tecnicista»”. (Notas de Campo -C20)

QUADRO 41 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “*Promove um ambiente seguro*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B5 – Promove um ambiente seguro						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
62 - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	4,11	0,516	4,13	0,492	- 0,139 (67 df)	0,890
63 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	3,65	0,716	3,84	0,767	- 1,093 (67 df)	0,278
64 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	4,49	0,507	4,66	0,483	- 1,419 (67 df)	0,161
65 - Implementa procedimentos de controlo de infeção.	4,19	0,660	4,09	0,588	0,630 (67 df)	0,531
66 - Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança.	4,11	0,658	4,25	0,718	- 0,856 (67 df)	0,395
67 - Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.	4,46	0,989	4,38	1,100	0,336 (67 df)	0,738

Em relação aos critérios da competência B5 - “*Promove um ambiente seguro*” não verificamos diferenças estatisticamente significativas, no primeiro ensino clínico. Apesar disso, parece-nos importante realçar que o critério “*Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais*” apresenta valores de média relativamente baixos com M= 3,65; DP = 0,716 no ensino clínico de medicina e M = 3,84; DP = 0,767 no ensino clínico de cirurgia.

QUADRO 42 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “*Promove um ambiente seguro*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B5 – Promove um ambiente seguro						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
62 - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	4,16	0,723	4,19	0,397	- 0,239 (67 df)	0,812
63 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	3,75	0,762	3,81	0,616	- 0,366 (67 df)	0,715
64 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	4,47	0,567	4,47	0,505	0,072 (67 df)	0,943
65 - Implementa procedimentos de controlo de infeção.	4,16	0,574	4,16	0,501	- 0,046 (67 df)	0,964
66 - Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança.	4,00	0,672	3,78	1,134	0,944 (67 df)	0,348
67 - Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.	4,41	0,946	4,30	1,077	0,443 (67 df)	0,659

No segundo período de ensino clínico, e ainda no âmbito da competência B5 - “*Promove um ambiente seguro*” também não verificamos diferenças estatisticamente significativas nos vários critérios de competência. Realçamos no entanto, e à semelhança do efetuado para o primeiro momento de ensino clínico, que o critério de competência “*Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais*” mantém valores de média relativamente baixos com M= 3,75; DP = 0,762 no ensino clínico de medicina e M = 3,81; DP = 0,616 no ensino clínico de cirurgia.

QUADRO 43 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B5 “*Promove um ambiente seguro*” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B5 – Promove um ambiente seguro						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
62 - Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	4,12	0,501	4,17	0,568	- 0,728 (68 df)	0,469
63 - Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	3,74	0,741	3,78	0,683	- 0,410 (68 df)	0,683
64 - Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	4,57	0,499	4,46	0,531	1,410 (68 df)	0,163
65 - Implementa procedimentos de controlo de infeção.	4,14	0,625	4,16	0,532	- 0,148 (68 df)	0,883
66 - Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança.	4,17	0,685	3,88	0,948	2,245 (68 df)	0,028
67 - Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.	4,42	1,035	4,35	1,012	0,627 (68 df)	0,533

Quando comparamos o primeiro, com o segundo ensino clínico, verificamos, como seria de esperar um valor médio, baixo, no critério “*Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais*” com $M = 3,74$; $DP = 0,741$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,78$; $DP = 0,683$ no segundo ensino clínico. Por sua vez, encontramos alterações estatisticamente significativas para o critério “*Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança*” ($t = 2,245$; $p = 0,028$); ($M = 4,17$; $DP = 0,685$ no primeiro ensino clínico e $M = 3,88$; $DP = 0,948$ no segundo ensino clínico).

Fica-nos a ideia que de acordo com a opinião dos estudantes, a comunicação com os tutores parece ter-se tornado dificultadora no segundo ensino clínico. Apesar de a nossa análise apontar nesse sentido, não nos parece legítimo considerar que este aspeto está relacionado com os tutores dos diferentes contextos, na medida em que em cada serviço, foram os mesmos tutores, nos dois momentos. Poderemos no entanto equacionar, se o contacto de proximidade com os contextos clínicos e com os tutores conduziu a atitudes defensivas por parte dos estudantes ao longo dos ensinos clínicos.

QUADRO 44 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “*Promove cuidados de saúde interprofissionais*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B6 – Promove cuidados de saúde interprofissionais						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
68 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	3,84	0,602	4,00	0,622	- 1,099 (67 df)	0,276
69 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e restante equipa.	4,05	0,743	4,28	0,581	-1,398 (67 df)	0,167
70 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	4,30	0,618	4,35	0,567	-1,630 (67 df)	0,108
71 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	4,49	0,559	4,63	0,609	- 0,985 (67 df)	0,328
72 - Revê e avalia os cuidados com o tutor.	3,89	0,737	4,25	0,568	- 2,233 (67 df)	0,029

Em relação aos critérios da competência B6 “*Promove cuidados de saúde interprofissionais*”, encontramos diferenças estatisticamente significativas no primeiro ensino clínico no critério “*Revê e avalia os cuidados com o tutor*” ($t = - 2,233$; $p = 0,029$); ($M = 3,89$; $DP = 0,737$ no contexto de medicina e $M = 4,25$ $DP = 0,568$ no contexto de cirurgia).

QUADRO 45 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “Promove cuidados de saúde interprofissionais” e resultados do teste t student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B6 – Promove cuidados de saúde interprofissionais						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
68 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	4,13	0,492	3,92	0,682	1,419 (67 df)	0,161
69 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e restante equipa.	4,31	0,644	4,35	0,716	- 0,235 (67 df)	0,815
70 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	4,31	0,693	4,54	0,558	- 1,515 (67 df)	0,135
71 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	4,38	0,609	4,70	0,463	- 2,534 (67 df)	0,014
72 - Revê e avalia os cuidados com o tutor.	4,13	0,660	3,86	0,751	1,517 (67 df)	0,134

Nesta competência, no segundo ensino clínico, encontramos diferenças estatisticamente significativas no critério “Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social” ($t = - 2,534$; $p = 0,014$); ($M = 4,38$; $DP = 0,609$ no contexto de medicina e $M = 4,70$; $DP = 0,463$ no contexto de cirurgia).

QUADRO 46 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência B6 “Promove cuidados de saúde interprofissionais” e resultados do teste t student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA B6 – Promove cuidados de saúde interprofissionais						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
68 - Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	3,91	0,612	4,01	0,606	- 1,154 (68 df)	0,253
69 - Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com os enfermeiros e restante equipa.	4,16	0,678	4,33	0,679	- 1,798 (68 df)	0,077
70 - Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	4,41	0,602	4,43	0,630	- 0,331 (68 df)	0,742
71 - Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	4,55	0,582	4,55	0,557	0,000 (68 df)	1,000
72 - Revê e avalia os cuidados com o tutor.	4,06	0,684	3,99	0,717	0,698 (68 df)	0,488

Através dos resultados apresentados nos quadros 44, 45 e 46, verificamos que em termos globais os resultados dos critérios desta competência apontam para uma “Promoção de cuidados de saúde interprofissionais”. Porém, a análise qualitativa do nosso estudo não valida a opinião que os estudantes manifestaram no inventário de competências. Como explanado anteriormente, no contexto de medicina houve pouca

interação entre os diferentes grupos profissionais. No entanto, esta interação entre as diferentes classes profissionais esteve presente no serviço de cirurgia onde os estudantes, sujeitos a observação participante, realizaram o segundo ensino clínico.

As notas de que se seguem ilustram a contradição de resultados encontrados:

“Aproveitei para falar com a tutora T3 sobre o relacionamento da equipa interdisciplinar (médico, enfermeiro/aluno de enfermagem, auxiliar de ação médica).

Respondeu que os enfermeiros e os médicos não estão muito próximos. Existe mesmo um grande distanciamento. E acrescentou: «Inclusive no momento da prestação de cuidados os médicos entram e interrompem o trabalho do enfermeiro não valorizando o que realmente é mais importante para o doente». Quanto às auxiliares também referiu existir distanciamento. «Tudo isto penso que justifica o distanciamento que se verifica entre alunos e médicos, e alunos e auxiliares» ”. (Notas de Campo -M9)

QUADRO 47 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “Contribui para a valorização profissional” e resultados do teste *t* student para amostras independentes -1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C1 – Contribui para a valorização profissional						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
73 - Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	4,65	0,484	4,59	0,560	0,437 (67 df)	0,664
74 - Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	4,19	0,811	4,25	0,718	- 0,327 (67 df)	0,744
75 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	4,22	0,750	4,28	0,683	- 0,374 (67 df)	0,709

Em relação aos critérios da competência C1 - “Contribui para a valorização profissional” não verificamos diferenças estatisticamente significativas, no primeiro ensino clínico realizado pelos estudantes.

QUADRO 48 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “*Contribui para a valorização profissional*” e resultados do teste *t* student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C1 – Contribui para a valorização profissional						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
73 - Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	4,44	0,564	4,49	0,507	- 0,380 (67 df)	0,705
74 - Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	4,19	0,780	4,11	0,614	0,473 (67 df)	0,638
75 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	4,38	0,609	4,32	0,709	0,316 (67 df)	0,753

No segundo período de ensino clínico e para os critérios da competência C1 - “*Contribui para a valorização profissional*”, à semelhança do primeiro momento, também não verificamos diferenças estatisticamente significativas.

Através dos quadros 47 e 48 verifica-se que esta competência foi muito valorizada pelos estudantes ao longo dos dois ensinos clínicos. De acordo com a nossa opinião, já referida anteriormente, consideramos que este aspeto está diretamente relacionado com um investimento deliberado dos professores.

“A reunião com os estudantes iniciou-se cerca das 9h na Escola e decorreu numa sala de aulas. Tinha como objetivo a apresentação de um «Estudo de Caso» ”. (Notas de Campo -**M6 – Esc.**)

QUADRO 49 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C1 “*Contribui para a valorização profissional*” e resultados do teste *t* student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C1 – Contribui para a valorização profissional						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
73 - Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.	4,62	0,517	4,46	0,531	2,265 (68 df)	0,027
74 - Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	4,22	0,764	4,14	0,692	0,743 (68 df)	0,460
75 - Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	4,25	0,715	4,35	0,660	- 1,154 (68 df)	0,253

Apesar da valorização anteriormente referida, quando comparamos o primeiro ensino clínico com o segundo, verificamos uma diferença estatisticamente significativa para o

critério “*Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem*” ($t = 2,265$; $p = 0,027$); ($M = 4,62$; $DP = 0,517$ no primeiro ensino clínico e $M = 4,46$; $DP = 0,531$ no segundo ensino clínico), sendo no segundo ensino clínico menos valorizada. Consideramos que esta desvalorização possa ser resultante da influência dos respectivos contextos clínicos. A este propósito uma das estudantes ao longo da observação participante referiu:

“*As tutoras valorizam mais outras coisas*”. (Notas de Campo -M9)

QUADRO 50 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “*Desenvolve processos de formação contínua*” e resultados do teste t student para amostras independentes - 1º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C3 – Desenvolve processos de formação contínua						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
76 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	3,95	0,575	4,22	0,553	- 2,001 (67 df)	0,049
77 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	4,41	0,686	4,59	0,499	- 1,287 (67 df)	0,203
78 - Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	4,38	0,639	4,50	0,508	- 0,865 (67 df)	0,390
79 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	4,54	0,505	4,78	0,420	- 2,132 (67 df)	0,037

Na competência C3 “*Desenvolve processos de formação contínua*” verificamos que no primeiro ensino clínico existe uma diferença estatisticamente significativa para os critérios: “*Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas*” ($t = - 2,001$; $p = 0,049$); ($M = 3,95$; $DP = 0,575$ no contexto de medicina e $M = 4,22$; $DP = 0,553$ no contexto de cirurgia) e “*Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde*” ($t = - 2,132$; $p = 0,037$); ($M = 4,54$; $DP = 0,505$ no contexto de medicina e $M = 4,78$; $DP = 0,420$ no contexto de cirurgia), sendo que o contexto de cirurgia foi mais favorável ao desenvolvimento dos mesmos.

QUADRO 51 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “*Desenvolve processos de formação contínua*” e resultados do teste *t* student para amostras independentes - 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C3 – Desenvolve processos de formação contínua						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	Medicina		Cirurgia		t	p
	M	DP	M	DP		
76 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	4,16	0,767	3,95	0,575	1,300 (67 df)	0,198
77 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	4,41	0,560	4,43	0,689	- 0,171 (67 df)	0,864
78 - Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	4,41	0,449	4,49	0,651	- 0,568 (67 df)	0,572
79 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	4,69	0,471	4,65	0,588	0,300 (67 df)	0,765

Em relação aos critérios da competência C3 “*Desenvolve processos de formação contínua*” não verificamos diferenças estatisticamente significativas, no segundo ensino clínico.

QUADRO 52 - Médias e desvio padrão dos critérios da competência C3 “*Desenvolve processos de formação contínua*” e resultados do teste *t* student para amostras emparelhadas - 1º Ensino Clínico VS 2º Ensino Clínico

COMPETÊNCIA C3 – Desenvolve processos de formação contínua						
CRITÉRIOS DE COMPETÊNCIAS	1º EC		2º EC		t	p
	M	DP	M	DP		
76 - Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.	4,07	0,577	4,04	0,674	0,351 (68 df)	0,726
77 - Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	4,49	0,609	4,42	0,628	0,779 (68 df)	0,439
78 - Atua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	4,43	0,581	4,45	0,582	- 0,178 (68 df)	0,859
79 - Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	4,65	0,480	4,67	0,553	- 0,207 (68 df)	0,837

Quando comparamos o primeiro, com o segundo ensino clínico, não identificamos diferenças estatisticamente significativas. No final do segundo ensino clínico os estudantes consideram-se, com base nos resultados do inventário por eles preenchido, sensibilizados para a importância desta competência.

No sentido de identificar quais as competências mais valorizadas pelos estudantes ao longo dos dois ensinos clínicos, com base na média da cotação de cada um dos critérios de competência, determinamos a média global de cada uma das competências e comparamos

as respectivas médias. Debruçamo-nos sobre o primeiro e o segundo momento de ensino clínico e, separadamente, determinamos as médias das competências desenvolvidas no ensino clínico de medicina e as do ensino clínico de cirurgia. Seguidamente utilizamos a mesma estratégia para os dois momentos de ensino clínico. Obtivemos os seguintes resultados:

QUADRO 53 - Média da cotação dos critérios de competências – 1º EC, 2º EC e 1º EC VS 2º EC

COMPETÊNCIAS:	1º EC		2º EC		1º EC vs 2º EC	
	Medicina	Cirurgia	Medicina	Cirurgia	1ºEC	2ºEC
	Média (da cotação dos critérios)	Média (da cotação dos critérios)	Média (da cotação dos critérios)	Média (da cotação dos critérios)	Média (da cotação dos critérios)	Média (da cotação dos critérios)
A1 - Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade.	4,48	4,52	4,52	4,54	4,50	4,52
A2 - Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos.	4,22	4,21	4,15	4,25	4,22	4,20
B1 - Atua de acordo com os fundamentos da prestação e gestão de cuidados.	3,86	3,98	4,04	3,95	3,91	3,99
B2 - Contribui para a promoção da saúde.	4,02	4,05	4,08	4,03	3,99	4,06
B3 - Utiliza o Processo de Enfermagem.	4,00	4,14	4,20	4,07	4,06	4,14
B4 - Estabelece uma comunicação e relações interpessoais eficazes.	3,94	4,00	4,09	4,01	3,97	4,04
B5 - Promove um ambiente seguro.	4,17	4,23	4,16	4,12	4,19	4,13
B6 - Promove cuidados de saúde interprofissionais.	4,11	4,34	4,25	4,27	4,22	4,26
C1 - Contribui para a valorização profissional.	4,35	4,37	4,33	4,30	4,36	4,32
C3 - Desenvolve processos de formação continua.	4,32	4,52	4,42	4,38	4,41	4,40

Através da análise do quadro 53, verificamos que, quer no primeiro ensino clínico, quer no segundo, independentemente de se tratar de um contexto de cirurgia ou de medicina, as quatro competências mais desenvolvidas, de acordo com a opinião dos estudantes, foram as do domínio A – “*Responsabilidade Profissional, ética e legal*”, nomeadamente a: A1 – “*Desenvolve uma prática profissional com responsabilidade*” e a A2 – “*Exerce a sua prática profissional de acordo com os quadros éticos, deontológicos e jurídicos*” e as do domínio C – “*Desenvolvimento Profissional*” com a competência C1 – “*Contribui para a valorização pessoal*” e a C3 – “*Desenvolve processos de formação continua*”.

Por sua vez, as quatro referidas como menos desenvolvidas foram todas do Domínio B – “*Prestação e Gestão de cuidados*” com as competências B1 – “*Atua de acordo com os*

fundamentos da prestação e gestão de cuidados”, B2- “Contribui para a promoção da saúde”, B3 – “Utiliza o Processo de Enfermagem” e B4 – “Estabelece uma comunicação e relações interpessoais”. De salientar ainda, que foi no primeiro ensino clínico, e mais especificamente no contexto de medicina, que os estudantes manifestaram maior dificuldade ao nível da “Prestação e gestão de Cuidados” – dimensão B.

Verificamos, através da análise apresentada, algumas similaridades entre os resultados quantitativos e qualitativos do nosso estudo. Concluímos através da análise qualitativa que os contextos – escolar e clínico – foram fortemente influenciadores do desenvolvimento identitário deste grupo de estudantes, tendo a primeira experiência clínica sido significativamente determinante no desenvolvimento de competências profissionais. Realçamos o facto de para estes atores, as competências relacionais/socio-afetivas e atitudinais/ético-morais serem o pilar da identidade profissional dos enfermeiros.

Em síntese

Ao longo deste subcapítulo, através da triangulação de dados, relacionamos as dimensões “competências profissionais” e “focos de atenção” com os resultados do inventário de competência.

Reportando-nos aos dados qualitativos do nosso estudo constatamos que numa fase inicial do primeiro ensino clínico o foco de atenção centrou-se fundamentalmente ao nível do saber-fazer, evoluindo com o decorrer do mesmo, para uma visão holística do ser humano. Por sua vez, no segundo ensino clínico, o processo de desenvolvimento de competências privilegiou, fundamentalmente, a destreza ao nível das habilidades técnicas e o desenvolvimento do conhecimento científico.

Verificamos que as competências globais/genéricas evoluíram de forma contínua e ascendente ao longo dos dois ensinos clínicos. Realçamos o facto de que o segundo ensino clínico, resultante da interação estabelecida com a equipa multidisciplinar e da metodologia de trabalho utilizada, foi mais facilitador do desenvolvimento deste domínio de competências. Em relação ao conhecimento dos casos clínicos em termos de quadro patológico e farmacológico, os estudantes demonstraram défices significativos nos dois momentos de aprendizagem. Apesar de as competências técnico-científicas, necessitarem

de ser trabalhadas nos dois ensinos clínicos, foi no contexto de cirurgia que estas foram mais valorizadas.

No ensino clínico de medicina, comparativamente com o de cirurgia, os estudantes tiveram um menor apoio dos supervisores na documentação do processo de tomada de decisão em enfermagem. Este aspeto relacionou-se fundamentalmente com défices de conhecimento por parte dos segundos.

As competências atitudinais/ético-morais e relacionais/sócio-afetivas foram no primeiro ensino clínico as que tiveram maior realce por parte dos supervisores. No entanto, apesar de no contexto de cirurgia este domínio de competências não ter sido significativamente valorizado pelos tutores, de um modo geral, os estudantes em estudo, privilegiaram ao longo de toda a prática clínica estes dois domínios de competências. Entendemos que este facto foi resultado da cultura escolar, da influência docente e da sua valorização no primeiro ensino clínico.

Foi visível a existência de uma divergência ideológica em relação ao conceito de “Enfermagem” entre o contexto clínico de cirurgia e o defendido em contexto escolar. Esta dissonância originou nos estudantes desinteresse, insatisfação e em alguns casos revolta.

De uma forma geral, podemos salientar que, o processo de desenvolvimento de competências dos estudantes no final das vinte semanas de ensino clínico foi revelador de uma homogeneidade no grupo de atores. A preocupação com a esfera afetiva esteve sempre muito presente em quase todos os estudantes em estudo. Demonstraram estar sensibilizados para ouvir, escutar, cuidar e acompanhar os utentes. Independentemente dos contextos e das influências supervisivas, defenderam a “Relação de Ajuda” como o centro do exercício profissional. Esta perspetiva foi, como vimos, transmitida em contexto escolar pelos professores e trabalhada ao longo do ensino clínico de medicina. A visão holística da enfermagem tomou assim um enorme realce. A “Relação de Ajuda” e o “Cuidar” foram continuamente evocados pelos estudantes como sendo os pilares da Enfermagem. Foram da opinião que embora no “Cuidar” se deva englobar a globalidade das competências profissionais, este conceito deve privilegiar as competências relacionais/socio-afetivas e as competências atitudinais/ético-morais. Consideraram que para o desempenho da profissão de enfermagem é fundamental “Estar em Relação...” com o utente.

Relevamos o facto de que a triangulação de dados quantitativos e qualitativos, em termos globais, nos permitiu tirar ilações próximas das apresentadas, uma vez que as competências mais valorizadas no inventário de competências foram “*Responsabilidade Profissional, ética e legal*” e o “*Desenvolvimento Profissional*”.

4.2 – ESTRATÉGIAS DE DEFINIÇÃO DE SI

A formação em contexto clínico é uma dimensão estruturante da socialização dos estudantes e do desenvolvimento das identidades pessoais. Tem implicações que vão muito além do desenvolvimento de competências profissionais, na medida em que implica o (re)questionamento do EU. Faculta ao estudante as bases para a definição de uma “consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional (Abreu, 2007).

O desenvolvimento da identidade é uma ação complexa e inacabada, que se vai construindo por diferentes fases, tendo por base, um processo de reflexão contínuo. Assume particular importância nas relações interpessoais. É através da relação com os outros, que o indivíduo desenvolve a sua identidade. A forma como é vivida a relação interpessoal, é passível de influenciar o desenvolvimento da identidade. O mesmo podemos dizer em relação aos contextos. O contexto, onde se desenvolve a formação, também por si, é promotor de diferentes tipos de identidade.

Como vimos, na primeira parte deste trabalho, Marcia (1966; 1967; 1980) no seu paradigma explicativo debruçou-se sobre este processo considerando a existência de quatro estatutos de identidade (identidade difusa, outorgada, moratória e identidade construída) e defendendo que, para desenvolver a identidade pessoal, os jovens devem possuir uma opinião pessoal face aos valores, carreira profissional, trabalho, tendências políticas, religião e ideologias. Este processo implica uma gestão da componente emocional e o desenvolvimento da autoestima positiva.

Conforme apresentado no enquadramento metodológico deste trabalho, no sentido de identificarmos o desenvolvimento da identidade pessoal dos estudantes em estudo, aplicamos o Ego Identity Process Questionnaire (EIPQ) em dois momentos. No início do 2º ano (antes do primeiro contato com a realidade clínica) e no final do referido ano letivo,

após vinte semanas de contacto com a realidade hospitalar. Relembramos que esta primeira experiência clínica se desenvolveu em dois contextos: um serviço de medicina e um serviço de cirurgia. No quadro 54 apresentamos os resultados obtidos.

QUADRO 54 – Distribuição da População pelos Estatutos da Identidade

ESTATUTO	ANTES DOS EC'S		FIM DOS EC'S	
	ni	%	ni	%
I. Construída	14	20.3%	12	17.4 %
Moratória	23	33.3%	24	34.8%
I. Outorgada	18	26.1%	23	33.3%
I. Difusa	14	20.3%	10	14.5%
Total	69	100%	69	100%

Através da análise do quadro anteriormente apresentado, verificamos que ao longo das vinte semanas de ensino clínico alguns estudantes mudaram o seu estatuto de identidade. No sentido de melhor identificarmos as alterações encontradas, apresentamos no quadro 55 as alterações identitárias por cada um dos estatutos.

QUADRO 55 – Alteração dos Estatutos de Identidade ao longo dos Ensinos Clínicos

ANTES DOS EC'S			FIM DOS EC'S		
ESTATUTO	ni	%	ESTATUTO	ni	%
Construída	14	20.3%	Construída	4	5.8%
			Moratória	2	2.9%
			Outorgada	7	10.1%
			Difusa	1	1.4%
Moratória	23	33.3%	Construída	3	4.3%
			Moratória	16	23.2%
			Outorgada	1	1.4%
			Difusa	3	4.3%
Outorgada	18	26.1%	Construída	3	4.3%
			Moratória	2	2.9%
			Outorgada	11	15.9%
			Difusa	2	2.9%
Difusa	14	20.3%	Construída	2	2.9%
			Moratória	4	5.8%
			Outorgada	4	5.8%
			Difusa	4	5.8%
Total	69	100%	Total	69	100%

Verificamos que no início do ano letivo (antes dos estudantes terem qualquer contacto com a realidade hospitalar) dos 69 inquiridos, 14 (20.3%) encontravam-se em identidade construída. No segundo questionário apuramos que este número alterou para 12 (17,4%), sendo que apenas 4 (5.8% do total da amostra) mantiveram a identidade construída. Dos restantes, um (1.4% do total da amostra) passou a identidade difusa, dois (2.9% do total da amostra) encontravam-se em moratória e sete (10.1% do total da amostra) passaram a identidade outorgada. De salientar que 50% dos indivíduos com identidade construída, após 20 semanas de contato com a realidade hospitalar, moveu-se no sentido de identidade outorgada.

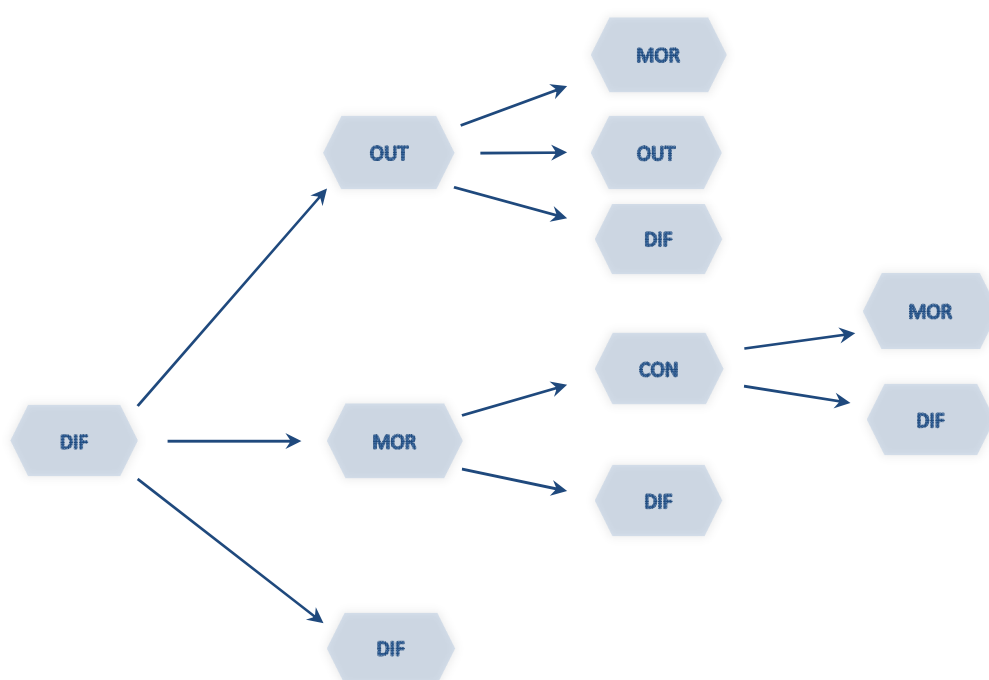
Um indivíduo no estatuto de identidade construída pode pôr os seus investimentos em causa, procurar outras alternativas e entrar temporariamente num período de moratória (facto que como vimos, aconteceu com dois dos estudantes do nosso estudo), o que atualmente não é considerado regressão, mas a redefinição permanente da sua identidade (Costa, 1990; 1991; Márcia, 1986). Contudo, quando os seus investimentos perdem significado e vitalidade, sem capacidade para procurar alternativas, pode regredir ao estatuto de identidade difusa.

É importante salientar que de acordo com a bibliografia consultada (Márcia, 1966; 1980; 1986; Costa, 1986; 1990; 1991), os indivíduos em moratória ou em identidade construída não podem, teoricamente, passar a outorgada na medida em que já vivenciaram um período de crise, mesmo que os objetivos e valores permaneçam iguais, uma vez que isto seria contraditório com a própria definição de outorgada. Os dados por nós obtidos não estão de acordo com esta perspetiva. Através da pesquisa efetuada, verificamos que embora teoricamente não seja possível, indivíduos classificados inicialmente no estatuto identidade construída se moveram no sentido de outorgada. Marcia (1976) num estudo de follow-up com a duração de seis anos chegou a resultados semelhantes. Além da possibilidade de erro, outra hipótese foi considerada, as decisões e os investimentos realizados foram prematuros, o que estaria de acordo com a definição de identidade construída alienada, descrito por Orlofsky em 1973 (Costa, 1986).

Tendo em conta as características dos contextos clínicos, bem como, o facto de as vivências aí experienciadas pelos estudantes serem significativamente marcantes, consideramos ser esta a justificação para as mudanças verificadas no nosso estudo.

Por sua vez, de um total de 14 (20.3%) indivíduos com identidade difusa, identificamos 10 (14.5%), no segundo momento. Como se pode verificar, apenas quatro (5.8% do total da amostra) mantiveram o respectivo estatuto identitário. Dois (2.9% do total da amostra) moveram-se no sentido de identidade construída e quatro (5.8% do total da amostra) no de moratória. Os quatro restantes (5.8% do total da amostra) passaram para identidade outorgada. De acordo com Costa (1986; 1990; 1991) e Marcia (1966; 1980; 1986) um indivíduo no estatuto de identidade difusa pode permanecer no mesmo estatuto, ou investir na primeira situação que lhe surja, sem exploração de alternativas e passar ao estatuto outorgado, ou então explorar alternativas, vivendo assim um período de crise e exploração. A figura 9 ilustra as diferentes alternativas:

FIGURA 5 – Alternativas de Desenvolvimento ao longo dos Estatutos da Identidade



Fonte: Adaptado de COSTA, E (1986: 24)

Neste segundo caso apresentado, parece-nos poder afirmar que a experiência clínica fez desenvolver num grupo de 10 estudantes (14,5% do total da amostra) as dimensões investimento e/ou exploração.

Em relação aos 18 indivíduos que inicialmente se encontravam em identidade outorgada (26.1%), 11 (15.9% do total da amostra) mantiveram o estatuto. Três (4.3% do total da amostra) passaram a identidade construída, dois (2.9% do total da amostra) a moratória e os outros dois (2.9% do total da amostra) a identidade difusa. De salientar que no final do ano letivo, 23 indivíduos (33.3% do total da amostra) encontravam-se neste estatuto. De acordo com Costa (1986) um indivíduo no estatuto de identidade outorgada pode pôr em causa os seus investimentos e, portanto, iniciar um processo de exploração, passando assim a moratória. Facto pouco evidente no nosso estudo. A mesma autora refere ainda que segundo Malasch (1972) um indivíduo só trabalha para a sua individualização, quando um acontecimento positivo está para acontecer, mas opta pela não individualização, quando estão em perspectiva, acontecimentos negativos. Neste sentido, para os indivíduos em identidade outorgada, a identificação com os desejos parenterais, parece ser a solução com maior segurança, evitando todo o confronto com estímulos que possam eventualmente, pôr em causa as suas regras já definidas. A necessidade de segurança é valorizada em detrimento dos seus interesses, permanecendo assim em outorgada, o que segundo Costa (1986), Petitpas (1978) definiu como outorgado psicológico. Contudo, um outro tipo pode surgir, ou seja, aquele que simplesmente teve carência de informação e impossibilidade de confronto com as suas ideias, valores e estilos de vida, o que o mesmo autor definiu como um outorgado situacional. Perante novas perspectivas, este último, entra num período de exploração, e portanto de moratória. De acordo com Costa (1986; 1990; 1991) muitos jovens quando iniciam os seus estudos universitários, encontram-se em identidade outorgada e vivem subsequentemente uma crise. Assim sendo, podemos encarar os indivíduos com identidade construída como jovens em pós exploração. No nosso caso de estudo, talvez possamos afirmar que o contato com a prática clínica desencadeou em alguns estudantes, com estatuto de identidade outorgada, o desenvolvimento da dimensão exploração. Os indivíduos em identidade outorgada, também podem passar a identidade difusa, quando os investimentos perdem o seu significado, sem possibilidade de reavaliação, explicação ou substituição.

Quanto aos 23 estudantes que inicialmente se encontravam em moratória (33.3%), 16 (23,2% do total da amostra) mantiveram o mesmo estatuto. Três (4.3% do total da amostra) passaram a identidade construída e outros três (4.3% do total da amostra) a identidade difusa. Por sua vez, um (1,4% do total da população) transitou para identidade outorgada.

Segundo Márcia (1966; 1980; 1986) os caminhos possíveis do estatuto de moratória são claros. Os indivíduos neste estatuto podem fazer escolhas firmes e investir na implementação, passando assim, para o estatuto de identidade construída ou, então, não considerarem qualquer alternativa significativa e regredirem ao estatuto de identidade difusa. Permanecer em moratória, é altamente improvável, embora que teoricamente possível.

O autor supra referido acrescenta que os estatutos de identidade construída e de outorgada podem ser interpretados como o resultado de um processo de desenvolvimento, enquanto o estatuto moratória como um processo de transição. O estatuto de identidade difusa tanto pode ser considerado resultado como transição.

No nosso estudo, verificamos que aproximadamente um quarto do total dos estudantes, permaneceu ou se moveu para moratória e metade dos indivíduos com identidade construída transitou para outorgada. Por sua vez, cerca de dois terços dos indivíduos que inicialmente se encontravam em identidade outorgada manteve o mesmo estatuto. Salientamos o facto de cerca de 50% dos estudantes em estudo ter alterado o estatuto de identidade.

Para Abreu (2001) uma identidade construída no período de formação inicial é uma identidade provisoriamente definida. Ainda para o referido autor, é a partir das confrontações estabelecidas nos contextos clínicos, que os estudantes redefinem a sua identidade. Na mesma linha de pensamento, encontramos Serra (2011), quando refere que é através do contato direto com a realidade, muitas vezes sem mediação imediata de outros membros da equipa pedagógica, que os estudantes em contexto clínico constroem um referencial identitário próprio.

Parece-nos poder afirmar que os ensinamentos clínicos assumiram-se nestes estudantes, como uma instância socializadora determinante no desenvolvimento da identidade pessoal. O primeiro contato com a realidade hospitalar, provavelmente exacerbado pelo facto de se tratar de contextos de medicina e cirurgia, foi demasiadamente (des) e (re) estruturante para os estudantes em estudo.

No sentido de compreendermos os factos que conduziram a esta reestruturação identitária, analisaremos de seguida a forma como as experiências clínicas foram

percecionadas pelos referidos estudantes. Debruçar-nos-emos sobre as estratégias que os referidos atores desenvolveram face às vivências em contexto da prática, bem como, a visão que os tutores possuem em relação às mesmas. Apoiados na observação participante por nós efetuada, incluiremos ainda, a nossa percepção sobre o referido assunto.

Em termos globais, no fim dos ensinamentos clínicos de medicina e cirurgia, os estudantes referem alterações no modo como se percebem e se descrevem a si próprios. Consideram-se pessoas diferentes, não só a nível profissional, mas sobretudo, a nível pessoal. Parece transparecer no seu discurso, uma alteração significativa, no modo como eles próprios se posicionam face a si mesmos, e face aos outros. Esta atitude de relativização e reposicionamento do seu “Eu” parece desenvolver-se através da (re)valorização do “Eu” do outro. Consideram que o desenvolvimento pessoal foi resultante do contacto que tiveram com a doença, o doente e respetiva família:

“ «Com o ensino clínico amadureci» referiu a E3”. (Notas de Campo - C17)

“A propósito do ensino clínico a E8 disse: «Aprendi a valorizar mais as coisas. Passei a sentir necessidade de passar mais tempo com as pessoas mais próximas e a dar mais valor a pequenas coisas» ”. (Notas de Campo - C17)

Opinião semelhante têm os tutores do ensino clínico de medicina ao referirem:

“Eles dizem mesmo que sentem que crescem muito. Crescem a nível pessoal”.
(Entrevista T1)

“Eles sentem-se muito mais velhos. E nota-se que muitos, no fim do estágio são mais responsáveis”. **(Entrevista T1)**

“Notou-se que cresceram como alunos e como pessoas”. **(Entrevista T3)**

“Consegue-se perceber que alguns cresceram muito ao longo de todo o estágio. Amadureceram muito. Realmente tornaram-se pessoas diferentes. (...) O peso que tem «o lidar com pessoas» modifica-os bastante (...). Têm uma consciência da vida totalmente diferente”. **(Entrevista T4)**

Os estudantes de enfermagem confrontam-se, ao longo da sua experiência clínica, com momentos emocionalmente intensos, associados ao contacto direto e permanente com os utentes que cuidam, numa relação que transcende largamente a mera proximidade física. A vivência do outro, mediada pelas representações próprias do estudante, é reelaborada e interiorizada, passando a ser assumida como sua (Serra, 2011). Esta experiência, pelo facto de o estudante se encontrar a vivenciar o desenvolvimento de uma identidade profissional, em sobreposição ao processo natural de amadurecimento interior, correspondente ao fim da adolescência, é significativamente marcante, tal como menciona Marcia (1986; 1989).

Os ensinamentos clínicos de medicina e cirurgia, pelo seu carácter de experiência vivida com o mundo real da prestação de cuidados de saúde, são sob o ponto de vista emocional, dos momentos mais marcantes da vida dos estudantes de enfermagem. No nosso estudo, verificamos que o “lidar” com as emoções em contexto hospitalar foi muito valorizadas pelos estudantes. No início do primeiro ensino clínico, de um modo geral, os estudantes referiram receio de não ser capazes de gerir as suas emoções na presença dos doentes.

“(…) foi exteriorizando que no início do ensino clínico estava muito motivada e também muito receosa. Referiu: «Por um lado tinha receio de não ser capaz, por outro, vontade de começar a fazer. Mas uma coisa que realmente me preocupava era: como me iria sentir na presença de um doente em sofrimento. Perguntava a mim própria: “Quando eu vir um doente a chorar como é que vou reagir?”» Acrescentou que considera que está a conseguir lidar com a situação.” (Notas de Campo - M4)

Com o decorrer do mesmo, e ao longo do segundo ensino clínico, os estudantes manifestaram dificuldade em gerir as suas emoções em situações de doença grave, sofrimento físico e psicológico e/ou morte dos doentes.

“Mais uma vez, e por iniciativa da estudante E5 falamos da D^a _____. Referiu: «Foi uma doente que me marcou muito». (...). «O sofrimento foi enorme». (...) «Faz-nos pensar na vida». (...) «Acho que aprendemos muito com estas situações»”. (Notas de Campo - M17)

Partilhando da mesma opinião temos os tutores dos dois contextos clínicos ao referirem:

“Uma coisa que todos os alunos consideram muito importante, e a escola também, é o prestar os cuidados pós-morte. É uma coisa que eles ficam muito

sensíveis. Mesmo muito. Têm sempre dificuldade em falar. O estar com o doente e depois vê-lo falecer é uma coisa que na escola não se fala muito. Falar, fala. Mas não é a mesma coisa do que presenciar”. (Entrevista T1)

“Eles ainda têm muita dificuldade em gerir as emoções e há sempre aquele receio em se relacionarem muito com «aquele» doente. Os doentes estão muitas vezes em fase terminal, morrem, e eles sofrem com isso. Acontece com muita frequência, quando temos doentes muito dependentes, e que estão mal, quando estão numa fase terminal... Acontece que os alunos vão para casa e no outro dia vem «Aí! o doente já morreu...». Ligam-se ao doente. Mesmo que não queiram, ligam-se ao doente, e até mais do que aquilo que se apercebem. E já não é a primeira vez que temos alunos que ponderam, neste primeiro estágio, desistir do curso, porque não tinham a ideia do que era «Ser Enfermeiro» ”. (Entrevista T4)

Através do excerto de entrevista que se segue, podemos verificar que por parte de alguns tutores da medicina, houve um investimento deliberado no sentido de trabalhar com os estudantes a capacidade de gestão de emoções.

“A medicina é um serviço que mexe muito com as emoções. E neste grupo até se notou que o serviço “medicina” mexeu muito com eles. Tivemos aí uma senhora muito grave e isso abalou-os muito. Também quando há um caso de morte eles sentem sempre muito. Um cuidado que habitualmente temos, quando há um caso de morte, é parar e reunir com eles. Falamos sobre o sucedido de forma a que eles encarem a morte como um processo natural. Mas é curioso que eles próprios, nos relatórios, referem que no início, sentiam-se muito fragilizados emocionalmente e, que depois, com o tempo, conseguem enfrentar melhor esta situação”. (Entrevista T3)

Apesar do apoio, emerge no discurso dos estudantes, uma enorme dificuldade em lidar com os doentes e respetivos familiares em situações de fim de vida.

“Referiu sentir-se mais incomodada quando a pessoa é mais jovem. “No caso da D^a ___ foi a idade. Ela tinha a idade da minha mãe. Foi o cheiro e foi a postura da filha. A filha tentava consolá-la. Dizia-lhe «Vai tudo correr bem». Mas percebia-se perfeitamente que não era à mãe que ela queria convencer, mas sim a ela própria. A D^a ___ sabia muito bem o que lhe ia acontecer. A filha é que parecia querer acreditar num milagre”. (Notas de Campo - C17)

Podemo-nos aperceber, através da observação por nós efetuada e retratada nas notas de campo anteriores, que a família do utente internado no serviço de medicina é, muitas vezes, o foco central do discurso do estudante, na medida em que o estágio de saúde do

doente determina a presença da mesma no contexto, por um período de tempo mais alargado. Nesta situação os estudantes manifestam uma dificuldade acrescida.

“À semelhança de outros colegas, referiram como experiências marcantes «as situações de dependência dos doentes, o sofrimento do doente (físico e psicológico), a experiência de morte e o sofrimento dos familiares» ”. (Notas de Campo - C19)

A incapacidade de não conseguir ajudar os respetivos familiares é fonte de sofrimento para alguns dos atores do estudo.

“Custou-me muito aquela morte. E a filha... Tinha a minha idade...Ficava ali, a olhar para a mãe, sem dizer nada. Não sabia mesmo o que fazer. Eu penso muito: E se fosse eu? Tenho a certeza que ia ser muito difícil. Senti ainda outra coisa: Não ser capaz de fazer nada, nem pela doente, nem pela filha. Isso deixa-me triste”. (Notas de Campo - C11)

Como sabemos, os vários eventos que o estudante vivencia em contexto da prática, podem desencadear ou potenciar o desenvolvimento de um trabalho emocional. Neste domínio, a literatura refere um conjunto vasto de situações, sendo o contacto com a morte, a mais comum. Por sua vez Serra (2011), apesar de defender que os estudantes referem a morte como momento de grande intensidade emocional, acrescenta que a ansiedade sentida pelos estudantes face ao cuidar de doentes em fim de vida se relaciona, fundamentalmente, no lidar com o sofrimento físico. No nosso caso de estudo verificamos que esta dificuldade foi ainda agravada quando se tratava de doentes com idade próxima da sua ou muito próxima de pessoas para eles significativas (exemplo: pai, mãe, avós, ...).

“Trata-se de um jovem de 20 anos a quem foi efetuada colostomia. A estudante mostrou-se perturbada. «Sabe enfermeira Laura, só penso que tem a minha idade» ”. (Notas de Campo - C5)

“Referiu ter aprendido muito com os doentes de medicina. Considera que o sofrimento a marcou muito: «Aprendi a dar valor às coisas simples. Quando penso na D^a __.Tinha a idade da minha mãe”. (Notas de Campo - C11)

“Aqui na cirurgia tive um doente que tinha a minha idade. Tinha uma colostomia e veio fazer reconstrução. Foi um final feliz. Mas veja...Com a minha idade e o que já sofreu! Às vezes não sabemos dar valor. Há pessoas que sofrem muito. É por isso que eu acho que nesta profissão aprendemos a dar valor às

coisas simples. Mas é preciso gostarmos do que fazemos e termos sensibilidade. Senão não adianta estarmos cá". (Notas de Campo - C11)

"O E1 referiu que a situação que mais o marcou foi na cirurgia. Tratou-se de um doente com os membros inferiores amputados. Disse: «Ainda era relativamente novo. Tinha cinquenta e poucos anos. Eu imaginei-me naquela situação. Às vezes tenho dores articulares. Não consigo aceitar estar numa cadeira de rodas para sempre. Fui para casa a pensar nisso e custou-me muito»". (Notas de Campo - C15)

O cheiro característico da morte, bem como, a atitude de "aceitação da morte por parte do doente" – "resignação"/ "deixar de lutar" – foram aspetos referidos como demasiadamente perturbadores.

"A E3 referiu: «É muito difícil gerir as situações de doença, sofrimento e morte. Não passa ao lado. Apesar de estar a conseguir ultrapassar, o sofrimento dos outros marca-me muito. Os casos mais marcantes foram na medicina». Acrescentou: - «Fiquei chocada com o cheiro...». - «Com o cheiro?» reforcei. - «Sim. Com o cheiro das pessoas que estão quase a morrer. Eles têm um cheiro característico. Isso incomoda-me»". (Notas de Campo - C17)

"«Admirei muito a força de vontade desta doente. No início tinha mesmo muita força. Nós até ficamos admirados. Depois para o fim chegou mesmo a pedir desculpa à E5. Eu acho que ela já tinha percebido que ia morrer. Deixou de lutar e até dizia que queria morrer. Estava a sofrer muito»". (Notas de Campo - C17)

O dar a notícia de morte, aos respetivos familiares, apesar de não fazer parte das suas funções, foi algo sobre o qual os estudantes se questionaram e consideraram não se sentir preparados.

"«Também acho que deve ser muito difícil a um profissional dar a notícia. As vezes vê-se pessoas muito frias. Eu acho que me vai custar muito. Nem quero pensar...»". (Notas de Campo - C17)

A vivência de dilemas éticos associados a sentimentos de impotência, é também referida, como fonte de sofrimento emocional.

“ «No dia seguinte, permanecia na mesma enfermaria. Já mal abria os olhos (nesse dia não era minha doente), pus-lhe a mão assim no braço (exemplificou) e disse «D.^a __, então? Sou eu, a E5». Ela abriu os olhos e disse-me: «Perdoe-me». «Perdoar! De quê?: Disse eu». «Perdoe-me, eu sei que vou morrer». Eu acho que ela não tinha nenhuma razão para me pedir «Perdão» a não ser a resposta que me deu na véspera sobre o atraso no pequeno-almoço. Fiquei outra vez incomodada. Pelo pedido de Perdão, pela consciência que esta doente tinha de que estava prestes a morrer, e porque acho que atrasamos muito os pequenos-almoços das doentes acamadas”. (Notas de Campo - **M17**).

Apesar de ao longo dos dois ensinamentos clínicos os estudantes, terem vivenciado um conjunto de situações emocionalmente marcantes, são da opinião que a sua resolução sadia é promotora de um bom desenvolvimento pessoal.

“A E7 referiu: «Os ensinamentos clínicos amadurecem-nos. Todas as experiências que vivenciamos fazem-nos crescer. O sofrimento em especial» ”. (Notas de Campo - **C15**)

Consideraram que o tutor/professor tem um papel fundamental na gestão das emoções vivenciadas pelos estudantes. Referem que no ensino clínico de cirurgia não houve um trabalho deliberado nesse sentido.

“A E7 referiu que na medicina passou por uma situação que lhe causou sofrimento. Referia-se à D.^a ____ . «Foi uma situação que me causou tristeza». Mas referiu que a atitude das tutoras foi muito positiva. «Quando um aluno vivenciava uma situação de sofrimento as tutoras levavam-no logo para uma sala e davam-lhe a hipótese de exteriorizar as suas emoções». E acrescentou: «Na cirurgia não sinto que isso aconteça» ”. (Notas de Campo - **C15**)

“Ambos defenderam que é muito importante que o tutor/professor crie um clima de confiança com o estudante, de forma a permitir-lhe exteriorizar os seus sentimentos. Referiram que em alguns momentos isso aconteceu na medicina e que eles sentiram confiança e à-vontade. Dizem que na cirurgia nunca sentiram segurança para o fazer. «Tenho receio de me expor», disse a E7”. (Notas de Campo - **C15**)

“Mais uma vez a E3 tomou a palavra dizendo que considerava ser muito importante permitir aos estudantes exteriorizar as suas emoções. Referiu que na medicina esse espaço foi criado. Disse: «Quando acontecia alguma coisa as orientadoras levavam-nos para a sala (...) sozinhos (só com a orientadora) e diziam “se queres falar, podes”. Mas o contrário também acontecia. As vezes não queríamos falar e elas respeitavam. Foi muito bom». E continuou: «Na cirurgia não dão espaço. Bem pelo contrário. O E2 tinha um problema e falou. Foi prejudicado por falar» ”. (Notas de Campo - **C17**)

Nesta linha de pensamento, tem sido defendido, que a gestão das emoções quando experienciada de forma negativa pelo estudante, pode condicionar a sua relação com os utentes, com a própria profissão e consigo próprio, manifestar alterações ao nível do ritmo biológico com aumento dos níveis de stresse, diminuição das horas de sono e repouso, e insónias (Fernandes, 2010). É opinião dos estudantes, que no ensino clínico de medicina, tiveram um maior confronto com as emoções devido à situação clínica dos doentes. Consideraram que o apoio dos tutores foi facilitador.

“Acrescentaram que o ensino clínico de medicina «mexeu mais com as emoções» ”. (Notas de Campo - C19)

Conforme foi referido no último relatório, os ensinamentos clínicos em contexto hospitalar, pelo facto de terem proporcionado experiências de vida marcantes, despertaram nos estudantes a reflexão sobre a Vida Humana em situação de doença e sofrimento.

“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença” (Doc. C10)

Cuidar de doentes em fim de vida foi para estes estudantes uma fonte de desenvolvimento de competências relacionais e geradora de momentos de grande intensidade emocional. De acordo com diversos autores, entre os quais Serra (2011), a dimensão experiencial da vida quotidiana, encerra um enorme poder formativo em si mesma, sendo que é condição indispensável para que essa experiência se converta em conhecimento, que o sujeito opere um complexo processo de reflexão, de tomada de consciência, transformando a experiência do vivido em conceptualização real.

Josso (2002) distingue claramente a noção de eventos “vividos” da noção de experiência, atribuindo à primeira o carácter de situação factual e circunstancial que o sujeito viveu, mas sobre o qual não foi realizada qualquer atividade de reflexão. Defende a necessidade de reflexão sobre esses eventos e sobre o que foi observado, percebido e sentido, para estes poderem aceder ao estatuto de experiência. Neste contexto, um aspeto

significativamente relevante no desenvolvimento da identidade pessoal e profissional prende-se com a reflexão e o desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes ao longo dos ensinos clínicos.

De acordo com Abreu, a reflexão e o desenvolvimento do pensamento crítico situa-se

“na dialética entre o pensamento e a ação e envolve igualmente a motivação, capacidade intelectual e transformação do meio”. Acrescenta que “requer uma combinação de competências, atitudes, informação e conhecimentos necessários ao desenvolvimento da ação”. Considera ainda, ser “uma das chaves para o sucesso da formação e consiste em ser capaz de gerar opiniões, perspetivas, possibilidades, ser criativo e formular novas ideias. O pensamento crítico assume um papel fundamental na construção de processos de autonomia profissional dos enfermeiros (...)” (1998: 320).

Através dos dados colhidos, verificamos que no contexto de medicina houve, por parte dos tutores, um elevado investimento ao nível da reflexão e do pensamento crítico dos estudantes.

“ (...) questionou sobre o procedimento e acompanhou na administração. Solicitou fundamentação sobre a decisão tomada”. (Notas de Campo - M2)

Verificou-se que, de um modo geral, os estudantes, neste contexto clínico, agiram de forma reflexiva aquando da execução das práticas. Os procedimentos não eram executados por rotina.

“Paralelamente uma estudante avaliava os dados vitais à sua doente. Questionei-a se fazia parte das rotinas do serviço, avaliar os dados vitais àquela hora. Referiu que «não». Que tinha sido por iniciativa própria. E acrescentou: «A doente durante a manhã esteve com a Tensão Arterial baixa e pareceu-me importante vigiar»”. (Notas de Campo - M10)

No sentido de favorecer o processo ensino/aprendizagem dos estudantes, foram efetuadas reuniões com os mesmos, diariamente, e predominantemente no fim do turno. Nestas reuniões, foi solicitada aos estudantes, a reflexão sobre as atividades desenvolvidas ao longo do turno, bem como, fundamentação sobre as mesmas.

“Passamos então à sala (...). Nesta reunião foram abordados os seguintes aspetos:

⇒ Reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante o turno. Cada estudante, individualmente, fez uma avaliação do seu trabalho referindo-se às dificuldades e aos sucessos ”. (Notas de Campo - M7)

“Terminada a passagem de turno passou-se de seguida à avaliação do dia de trabalho. Neste espaço a tutora pediu a cada estudante para refletir sobre como decorreu o turno”. (Notas de Campo - M10)

“Temos por hábito todos os dias refletir um bocadinho com os alunos. Há situações que têm que ser refletidas de imediato. Para além desse tipo de reflexão, no grande grupo, no fim do turno, refletimos sobre as dificuldades sentidas. Se algo não foi bom, então qual seria a melhor forma de ajudar...”. (Entrevista 3)

A criação de espaços de reflexão vocacionados para uma apreciação das práticas e, em termos globais, para uma apreciação do desenvolvimento pessoal, foi considerada pelos estudantes, como veremos de seguida, como um momento significativo para o processo de ensino-aprendizagem. A reflexão sobre as práticas profissionais foi fundamental para a formalização e reconfiguração dos saberes. De acordo com Schön (2000) esta reflexão é absolutamente necessária e imprescindível para desenvolver o conhecimento. Por sua vez, Abreu defende que a reflexão na ação consiste *“na capacidade de se refletir sobre os nossos atos e de alterar os seus mapas cognitivos como consequência desse processo”* (1998: 347).

No ensino clínico de cirurgia os estudantes assumiram diferentes posturas em relação à reflexão e à crítica. Alguns estudantes centraram-se fundamentalmente ao nível da execução prática, não privilegiando a reflexão como mediadora do processo de aprendizagem. Tornaram-se unicamente executores de ações planeadas por “outros”.

“Percebe-se que estes estudantes agem muito em função do que veem fazer e quando confrontados com diferentes posições ficam confusos e sem capacidade de tomar decisões bem fundamentadas. (Notas de Campo - C13)

“O E2 é da opinião que o grupo de ensino clínico apesar de parecer muito homogéneo é muito diferente. Tem elementos que privilegiam o conhecimento, outros não pensam sequer em “saber”, querem é “saber-fazer”, e outros ainda,

“estão é preocupados com os doentes”. “Estes últimos são poucos”. (Notas de Campo - C10)

Outros estudantes, como podemos verificar através das notas de campo que se seguem, sentiram necessidade de aprofundar a globalidade das competências profissionais.

“Em relação ao ensino clínico de cirurgia o E2 é da opinião “É só fazer, fazer, fazer, ... Só nos pedem isso. Não há tempo para pensar. No entanto, pedem-nos que fundamentemos tudo. Falam da relação com o doente, mas na prática não a valorizam» ”. (Notas de Campo - C10)

Este segundo grupo de estudantes manifestou junto dos tutores, a necessidade de espaços de partilha e reflexão em grupo.

“A E5 tomou a palavra dizendo que sentia a falta de reuniões no final do turno. Disse estar habituada a que a tutora reunisse com o grupo e fizesse a avaliação do dia”. (Notas de Campo - C4)

Apesar dos tutores não reunirem com os estudantes em contexto hospitalar, segundo eles, devido a questões logísticas, “ (...) *aqui no serviço não temos espaço para reunir com os alunos, daí a importância de irmos à sexta-feira à Faculdade (...)* ” (Notas de Campo - C4), nos espaços mais informais e entre pares, alguns dos estudantes refletiram sobre a prática de cuidados. Questionaram-se, frequentemente, sobre a pertinência da aquisição de conhecimentos científicos para o desenvolvimento da profissão de enfermagem e debateram entre si, aspetos relacionados com o perfil do profissional de enfermagem – o “Ser Enfermeiro”.

“O E2 referiu que «as competências que quanto a mim são mais importantes desenvolver são: as atitudes/postura e a comunicação/relação. (...) Para mim «Ser enfermeiro» passa fundamentalmente por uma visão humanista das pessoas. Isso está diretamente relacionado, diz, com as competências: relacionais, comunicacionais e atitudinais».
Considera que um enfermeiro «cinco estrelas» é aquele «que consegue ter conhecimentos, destreza e ser humanista». (...) Refere que na prática clínica «Há muita falta de humanismo». Sendo que «uns valorizam mais a destreza e outros sentem-se importantes por mostrarem ter conhecimentos»
Defendeu que a intervenção de enfermagem também passa por melhorar a autoestima do doente. Para isso considera ser necessária uma atitude humanista”. (Notas de Campo – C10)

Por sua vez, o estudante *“E1 defendeu que para ele é muito importante que os enfermeiros possuam conhecimentos”*. (Notas de Campo - **C15**)

Apesar da dificuldade logística anteriormente referenciada como condicionadora da reflexão em contexto clínico, no espaço escolar à sexta-feira, os referidos tutores direccionaram as suas reuniões fundamentalmente para a descrição das atividades desenvolvidas ao longo da semana.

“A T2 iniciou a reunião dando espaço a cada estudante, de acordo com a sua necessidade, de referir como havia corrido a semana. De forma organizada, os estudantes foram referindo que tinham «desenvolvido os conhecimentos». Que a semana tinha sido «muito rica em experiências» ”. (Notas de Campo - **C14**)

De salientar, que o envolvimento dos estudantes nestas reuniões, divergiu em função do tutor. Na presença de um deles, foram pouco participativos. Tal facto, segundo opinião dos formandos, esteve relacionado com falta de confiança no mesmo.

“Quando cheguei ao grupo, estavam presentes a T4 e os estudantes. (...) Senti um enorme vazio. A tutora tentava com os estudantes fazer a avaliação semanal, mas não havia feedback por parte dos segundos”. (Notas de Campo - **C19**)

“Referiram ainda que nas reuniões de sexta-feira, e deram o dia de hoje como exemplo, não sentem abertura para falar”. (Notas de Campo - **C19**)

Fica claro que, segundo opinião dos estudantes, na cirurgia não foi dada significativa importância à reflexão, apesar de ser uma especialidade onde é necessário desenvolver a capacidade de mobilização dos diferentes saberes.

No contacto com o mundo, o indivíduo tem necessidade de possuir uma ideia positiva de si próprio, por comparação com os outros. Atendendo ao facto de que a prática clínica é frequentemente potencial fonte de insegurança e de sofrimento emocional, os estudantes passaram ao longo da mesma, por diferentes níveis de autoestima. A estima de si foi influenciada, fundamentalmente, por três aspetos: a relação com os tutores, a relação com a equipa multidisciplinar e o sucesso nas intervenções de enfermagem.

No primeiro ensino clínico, a relação e valorização do estudante por parte dos tutores, foi promotora de uma autoestima positiva.

“A T3 compreende-nos, sabe estar, sabe ensinar e sabe chamar atenção» referiu outra estudante”. (Notas de Campo - M10)

Por sua vez, o sucesso nas intervenções de enfermagem, também influenciou significativamente o seu desenvolvimento.

“Através deste Relatório Final de Estágio pretendemos refletir sobre os constrangimentos e preocupações que se foram manifestando durante o evoluir da prática e também, sobre as realizações concretizadas com sucesso, que muito contribuíram para o incrementar da autoestima (...)”. (Doc. M10)

Já no segundo ensino clínico, os estudantes foram da opinião que a relação estabelecida com os tutores conduziu a uma baixa da autoestima. Referiram sentir sentimentos de inferioridade devido ao tipo de relações estabelecidas.

“ «A forma como somos chamados à atenção incomoda-nos, faz-nos sentir mal e pensar que somos inferiores. Ainda ontem a E5 teve necessidade de ir à medicina ___ e pedir à T3 para lhe dizer se o nosso grupo é mais fraco do que o que ela tem agora» ”. (Notas de Campo - C3)

“Percebe-se que a postura das tutoras, em termos globais, está a influenciar a autoestima de todos os estudantes e que eles se sentem menosprezados”. (Notas de Campo - C3)

“ «Também não gostei da forma como a T4 me abordou quando eu estava a punccionar um doente para por um soro a correr. Disse: “Faz isso, faz... Cada vez te enterras mais”. O doente ouviu e eu não gostei. Depois da tutora sair o doente disse: “Não lhe ligue...”. Senti-me triste» ”. (Notas de Campo - C21)

“Acrescentou que têm sido alertados para o facto de ter um desempenho baixo, e serem muito inferiores aos colegas do grupo anterior”. (Notas de Campo - C5)

Nos momentos de baixa de autoestima os estudantes optaram por diferentes figuras de suporte (mãe, irmã mais velha, ...).

“ «Senti a minha autoestima muito diminuída quando tive aquele problema. Lembra-se? (...). Fui para casa e desabafei com a minha mãe. Chorei muito. Disse mesmo que queria desistir do curso. Eu naquela altura achava que nunca mais ia ser capaz. Eu era mesmo burra. Não podia ser enfermeira. (...) Sofri mesmo» ”. (Notas de Campo - C17)

“A E3 disse: «(...) Mas a forma como o assunto foi abordado na altura, marcou-me muito. A minha autoestima foi-se muito abaixo. Tive que fazer um grande esforço. O que vale é a minha irmã. Apoia-me muito. Ela diz-me constantemente que o importante não é a nota que tiramos, mas o estarmos de bem com nós próprios. A minha irmã é advogada. Já tem 31 anos e eu vejo-a como uma amiga e como uma mãe. Eu concordo com ela. A nota nos dias de hoje significa pouco» ”. (Notas de Campo - C11)

O sucesso das intervenções influenciou de forma positiva, na autoestima.

“A estudante E4 (...) disse: «Fui a correr dizer à enfermeira que não conseguia acordar o doente e riram-se de mim. Que me importa. O importante é que o safei. A orientadora até disse: “mais um bocadinho e não conseguíamos...”. Estou nervosa. Mas satisfeita. Afinal consegui...» ”. (Notas de Campo - C11)

A inclusão dos estudantes na equipa multidisciplinar foi favorável, ao desenvolvimento de uma autoestima positiva. Os estudantes manifestaram que o reconhecimento por parte dos profissionais foi crucial, na medida em que este se traduziu, como refere Serra (2011), numa espécie de “*certificação de que está no caminho certo para ser enfermeiro*”.

“Consideram que a equipa de enfermagem no serviço de medicina era mais distante. «Parecia não confiar em nós. Também era o nosso primeiro estágio. Na cirurgia sempre existiu espírito de equipa. Somos aceites e reconhecem o nosso trabalho. Ainda ontem diziam “se não fossem os alunos não sei...”. É muito motivador este tipo de comentários (E3)» ”. (Notas de Campo - C17)

A identificação dos estudantes, como enfermeiros, por parte da equipa multidisciplinar constituiu-se como momentos promotores de sentimento de identidade profissional.

“Dizem que na medicina havia maior distanciamento entre a equipa médica e os Enfermeiros/estudantes. Por sua vez, em alguns momentos sentiram-se subestimados pelas auxiliares de acção médica. Quanto aos enfermeiros, tal

qual já haviam referido, disserem ser «um pouco distantes» ”. (Notas de Campo - C19)

“Em relação à cirurgia referiram maior abertura por parte da equipa médica e mais respeito por parte das auxiliares de acção médica. «Tratam-nos por Srª Enfermeira. Pedem-nos autorização para fazer determinadas coisas e aguardam» referiu a E4”. (Notas de Campo - C19)

A importância de um “reforço positivo” por parte dos supervisores e da equipa de enfermagem foi referida pelos estudantes como fundamental. Consideram que o mesmo é promotor do desenvolvimento pessoal e profissional.

“A E5 referiu: «Falta muito o reforço positivo. Eu acho muito importante que também seja dito: “Parabéns...”. Mas isso nunca aconteceu (...). Eu tenho a certeza de que apesar de já ter feito coisas menos bem, também já fiz coisas bem-feitas. Gostava que me tivessem dito. Já aconteceu uma vez por parte de uma enfermeira do serviço. Há dias disse assim “O que valeu foi os alunos...” Foi muito bom ouvir isso” ». (Notas de Campo - C19)

O processo de formação da identidade dos estudantes foi, quanto a nós, resultante da formação desenvolvida na escola e influenciado fundamentalmente pela primeira experiência clínica.

“Referiram que antes de iniciar o curso viam a enfermagem mais ligada ao tratar - à perspectiva tecnicista. A E6 referiu: «O curso está a surpreender-me pela positiva». Referem que agora veem a enfermagem de uma forma mais abrangente. Disse o E2: «É isso e muito mais...A enfermagem é mais envolvente do que eu pensava. Engloba a família, o médico, a parte social, a comunidade...A enfermagem implica o cuidar mas é mais do que isso. Implica presença». A E6 acrescentou: «Eu agora vejo a enfermagem mais na perspectiva humanista» ”. (Notas de Campo - C20)

O contexto clínico de medicina foi considerado pelos estudantes, como determinante do processo de formação da identidade. Apontaram a prática clínica como um espaço onde, por um lado, foi possível desenvolver os saberes adquiridos em contexto de sala de aula, por outro, permitiu-lhes o real contacto com a profissão. Consideraram que a formação em contexto clínico foi um momento privilegiado para um conhecimento mais aprofundado sobre a Pessoa que vivencia o processo de transição saúde/doença.

“A prática clínica representa assim, a capacidade e a particularidade de pôr em prática, todos os saberes adquiridos ao longo do nosso percurso como alunos (...), e representa ainda, um ano muito importante na nossa vida como futuros enfermeiros, alicerçando e marcando de forma decisiva o nosso perfil profissional”. (Doc. M10)

“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc. M10)

No que se refere ao contexto de cirurgia, identificamos comparativamente com o ensino clínico de medicina, alguma heterogeneidade a este nível.

“Referiram ainda «Na medicina o tempo de internamento é mais longo e a idade dos doentes é mais avançada, daí investirmos mais a nível relacional» (E7). «Na cirurgia predomina o conhecimento e a técnica» ” (E1). (Notas de Campo - C15)

O modelo curricular (currículo de alternância) foi de acordo com a opinião de alguns estudantes, facilitador do processo de formação da identidade, na medida em que permitiu uma aproximação precoce ao contexto da prática.

“Referiu que considera ser vantajoso o currículo de alternância na medida em que permite ao estudante confrontar-se com a prática mais cedo”. (Notas de Campo - C4)

À semelhança do apresentado na primeira parte deste trabalho, verificamos que os fatores que influenciaram no desenvolvimento da identidade dos estudantes do nosso estudo foram diversificados e diretamente relacionados com a cultura institucional, o contexto hospitalar, a relação supervisiiva e a experiência de vida pessoal dos atores.

Apesar de no início do curso, alguns estudantes demonstrarem alguma indefinição face ao conceito de “Ser Enfermeiro”, ao longo dos dois ensinos clínicos os atores em estudo desenvolveram um conjunto de saberes (de ordem cognitiva, afetiva, motora, relacional e transformativa) congruente com a filosofia da escola e com o modelo praticado no primeiro ensino clínico. Durante esta componente prática a maioria dos estudantes desenvolveu uma forte ligação afetiva com a profissão. Tratou-se de um período em que os

estudantes manifestaram ter sofrido uma forte maturação ao nível da identidade pessoal e da “definição de si”, resultante das vivências sofridas nos contextos clínicos.

A definição identitária, no contexto escolar e nos contextos clínicos, onde a identidade pessoal é uma dimensão intrínseca, processou-se em simultâneo com o desenvolvimento pessoal e esteve associada à relação estabelecida nos diferentes contextos de aprendizagem.

Através da análise apresentada, verificamos que a exposição dos estudantes às realidades profissionais foi significativamente marcante. As relações que se estabeleceram no decurso da prática clínica determinaram que os indivíduos se confrontassem com a imagem que possuíam de si próprios originando as alterações ao nível da identidade pessoal. Neste sentido, o processo de formação dos estudantes nestes contextos clínicos foi um processo de reconstrução identitária, resultante das vivências pessoais de cada um, da cultura institucional e das identidades individuais que sobre eles agiram.

Em síntese

Neste subcapítulo efetuamos a triangulação dos dados por nós obtidos através dos resultados do Ego Identity Process Questionnaire e da dimensão “Definição de Si”. Tornou-se claro, através da análise quantitativa, que um número significativo de estudantes do nosso estudo redefiniu a sua identidade ao longo das vinte semanas de ensino clínico.

As experiências em contexto da prática foram em termos globais significativamente marcantes para o grupo de atores. No entanto, tendo em conta a globalidade das aprendizagens, verificamos que foram muitas, as referências aos sentimentos vivenciados ao longo do ensino clínico. A gestão que os estudantes fizeram desses sentimentos permitiu o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Esta gestão de sentimentos e emoções está muito interligada com a identidade pessoal de cada indivíduo, o seu percurso de vida, as suas vivências pessoais em ensino clínico, entre outros. Assim, observamos diversas atitudes e emoções que emergiram das mais complexas situações, como por exemplo, o sofrimento do doente, a experiência de morte associada à incapacidade de nada poder fazer, o cheiro característico da pessoa em estado agónico e a dificuldade em lidar com os sentimentos dos familiares.

O sofrimento foi uma alusão constante dos estudantes, transversal a toda a aprendizagem no contexto da prática. Ao longo dos dois ensinamentos clínicos demonstraram sensibilidade para com o sofrimento do doente e dos familiares, apresentando uma maior intensidade de emoções quando se tratava de pessoas mais jovens, nas quais, mais facilmente se projetavam.

A morte foi para maioria dos estudantes a maior perturbação manifestada. Obrigou-os a refletir sobre a vulnerabilidade da vida, a compreender que o seu conceito está associado a um contínuo que se situa entre dois polos – o nascimento e a morte. Lidar com a morte, foi não só, a maior dificuldade, mas também o maior momento de aprendizagem sobre o percurso de Vida Humana. Este tipo de experiências, exigindo um trabalho emocional intenso por parte dos supervisores, não foi valorizado de igual forma pelos tutores dos vários contextos. A questão da morte foi percebida de uma forma muito marcante no contexto clínico de medicina e muito trabalhada pelos respetivos tutores. Perante a morte, os estudantes referiram um sentimento de perda, mas, com o evoluir da aprendizagem entenderam esta vivência como um fator importante para o seu desenvolvimento pessoal.

Outro aspeto significativamente relevante, ao nível do desenvolvimento da identidade pessoal e profissional, relacionou-se com o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo. Ao contrário do contexto de cirurgia, no ensino clínico de medicina houve, por parte dos tutores, um investimento em promover a reflexão e o pensamento crítico dos estudantes. Foram efetuadas reuniões regulares onde os estudantes eram motivados a refletir sobre as atividades desenvolvidas e tomada de decisão, bem como, a fundamentação sobre as opções tomadas. Neste contexto, foi privilegiada a reflexão na ação e sobre a ação. A criação destes espaços de reflexão foi apontado pelos estudantes como um momento importante para o processo de aprendizagem. Permitiu a formalização dos conhecimentos adquiridos ao longo da teoria e a sua aplicação no contexto da prática. Tornou-se um método eficaz para desenvolver os conhecimentos dos estudantes.

Sendo uma imagem positiva fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais, torna-se necessário que ao longo dos ensinamentos clínicos os estudantes desenvolvam a sua autoestima face à profissão. Ao longo da prática clínica os estudantes passaram por diferentes níveis de autoestima. O primeiro ensino clínico promoveu nos

estudantes uma autoestima positiva. Tal facto emergiu da relação pessoal com o doente durante a prática de cuidados, da orientação supervisiva e da coesão do grupo de pares. No segundo momento a autoestima dos estudantes pareceu ter ficado conturbada. A baixa autoestima relacionou-se com o tipo de relação estabelecida entre estudantes e tutores, em certos momentos com a relação estabelecida entre estudantes e doentes e ainda devido à dinâmica entre pares. Nos períodos de baixa de autoestima os estudantes não se mostraram motivados nem envolvidos no processo de aprendizagem.

No processo de formação da identidade, a prática clínica, ocupou um lugar de relevo, na medida em que favoreceu a compreensão da ação e a reflexão sobre as práticas profissionais. Porque a transformação da configuração identitária não depende exclusivamente da lógica da formação escolar, mas fundamentalmente dos contextos clínicos, os contextos da prática foram espaços de produção de identidades. O contexto clínico de medicina foi entendido pelos estudantes como determinante no processo de formação da identidade. A prática neste contexto permitiu por um lado, desenvolver saberes adquiridos em contexto de sala de aula, por outro, permitiu o contacto real com a profissão. O processo de formação da identidade foi um trabalho deliberado, quer pelos tutores, quer pelos dos professores da escola. O contexto de cirurgia promoveu, comparativamente com o de medicina, o desenvolvimento de diferentes identidades. A medicina promoveu fundamentalmente o desenvolvimento de uma visão humanista da enfermagem, já a cirurgia privilegiou o desenvolvimento de uma visão tecnicista.

4.3 – EXPERIÊNCIAS E APRENDIZAGEM: AS TENSÕES DO QUOTIDIANO

Problematizar a identidade profissional dos estudantes de enfermagem, significa questionar um conjunto de espaços sociais por onde os atores se movem, bem como, o desenvolvimento de saberes específicos inerentes à profissão. O conjunto de fatores que influencia o desenvolvimento da identidade dos estudantes é diversificado, e está diretamente relacionado com a experiência de vida pessoal dos atores, ou seja, tendo um carácter biográfico, a identidade pessoal é resultante do percurso de vida de cada indivíduo (Dubar, 1997; 2000).

Paralelamente, e tendo por base a individualidade de cada ator, o desenvolvimento da identidade profissional, como temos vindo a referir, é resultante de um conjunto de experiências vividas ao longo dos vários contextos de aprendizagem nomeadamente o espaço escolar e o contexto clínico.

Através da análise até agora efetuada verificamos que as vivências dos estudantes em contexto clínico influenciaram o desenvolvimento da identidade profissional, através de um conjunto de aprendizagens efetuadas, experiências adquiridas e inclusive de tensões geradas. De acordo com Abreu a aprendizagem combina a experiência, percepção, cognição e comportamento. Aprender, envolve “*uma integração funcional de todo o organismo: pensar, sentir, perceber e agir*” (1998: 139).

Nesta perspetiva considera-se que a ação só por si, não é geradora de aprendizagem, sendo necessário que esteja acompanhada de uma reflexão que através da confrontação com os quadros simbólicos do indivíduo, permita o desenvolvimento de competências. Nesta linha de pensamento, encontramos Kolb (1984) ao considerar que a aprendizagem resulta da transformação do conhecimento pela experiência. O referido autor defende que o conhecimento advém de um confronto contínuo e permanente entre a experiência do indivíduo com o seu quadro cognitivo. Acrescenta que a aprendizagem é influenciada pelos contextos onde se desenvolve.

Parece-nos então possível dizer que a aprendizagem resulta da aplicação na prática de um conjunto de saberes teóricos (Le Boterf, 2003; 2005). Por isso, é comum considerar que é produto do confronto do indivíduo consigo próprio e com o mundo. Por sua vez, a experiência é construída através do contacto com os outros e mediada pela interação entre o universo simbólico exterior e o universo simbólico interior do sujeito. Mobiliza um conjunto de recursos pessoais nomeadamente os afetos e a sensibilidade de cada indivíduo (Abreu, 1998; Serra, 2011).

Tendo em conta que os estudantes efetuaram dois ensinamentos clínicos em diferentes contextos, com a duração de dez semanas cada, é facilmente compreensível que a sua aprendizagem tenha sido influenciada pelas características clínicas e culturais desses serviços. Como tem sido referido, estes contextos possuíam significativas diferenças. Nesse sentido, os estudantes em alguns momentos viram-se obrigados a estabelecer relações estratégicas com os atores do sistema. Apercebemo-nos ao longo do nosso

trabalho de campo que condicionados por um conjunto de estruturas e regulações locais, as suas atitudes, comportamentos e relações estabelecidas não foram lineares nos dois contextos da prática. Em termos globais, e provavelmente resultante do estágio de desenvolvimento psicossocial em que se encontrava – juventude – o grupo problematizou as orientações e as atitudes dos tutores dos contextos clínicos. Por sua vez, devido ao facto de se tratar de “novas experiências clínicas” as representações destes estudantes, foram francamente influenciadas pela opinião dos grupos de pares que desenvolveram ensino clínico nos mesmos contextos, no ano transato.

De acordo com Serra (2011), os estudantes de enfermagem, inevitavelmente, no início da prática clínica, possuem um conjunto de representações relacionadas com a formação e experiências em ensino clínico. Estas representações, sendo maioritariamente resultantes de preconceitos de partida, revestem-se de primordial importância, na medida em que podem tornar-se condicionadoras da aprendizagem.

Para os sujeitos do nosso estudo, as representações geradoras de tensão e inquietação nos estudantes, apesar de comuns entre o grupo de pares, divergiu em função do ensino clínico. No contexto de medicina verificamos que ao nível das representações foram fundamentalmente três os fatores geradores de tensão nos estudantes.

“ O estudante E2 referiu que todos andam um pouco nervosos. Trata-se de um primeiro estágio e nunca tinham passado por uma experiência destas. «É tudo novo», acrescentou”. (Notas de Campo - M3)

O facto de ser um primeiro ensino clínico, onde o desconhecido do estudante sobre a realidade que vai vivenciar é grande, impelindo-o à procura de informação junto dos colegas mais velhos, especialmente junto daqueles que já realizaram ensino clínico no mesmo contexto. Um segundo aspeto relaciona-se com a opinião transmitida pelos colegas mais velhos sobre o referido campo de estágio.

“A estudante E4 acrescentou: «É verdade, do serviço onde estamos toda a gente diz mal» ”. (Notas de Campo - M17)

O terceiro refere-se à “avaliação do ensino clínico”. Nos momentos mais próximos, quer da avaliação intercalar, quer da avaliação final, apercebermo-nos da existência de determinadas representações associadas a estes momentos.

“Nesta altura saíram da sala as duas tutoras da medicina e a professora, para efetuarem a avaliação intercalar. Houve agitação no grupo de estudantes que iam ser sujeitos a avaliação”. (Notas de Campo - M6 – Esc.)

“O estudante E1 foi chamado para fazer a avaliação intercalar. A agitação na sala aumentou”. (Notas de Campo - M6 – Esc.)

“Estavam muito ansiosos com a avaliação intercalar marcada para este dia”. (Notas de Campo - M6 – Esc.)

Apesar da manifesta ansiedade, associada ao momento da avaliação intercalar, somos da opinião que a mesma foi mais notória no momento da avaliação final. Consideramos que esta maior intensidade de emoções deveu-se ao facto de a avaliação intercalar não ter ido ao encontro das expectativas dos estudantes. De acordo com a opinião de alguns, esta avaliação, deveria ter como objetivo, dar a conhecer ao estudante o seu estágio de desenvolvimento no processo ensino-aprendizagem, e através de um *feedback* construtivo, permitir uma reformulação dos seus aspetos menos positivos. Na realidade, segundo opinião dos atores, esta apreciação não foi feita, sendo que por parte dos tutores, apenas foi solicitada a cada estudante a sua opinião pessoal sobre o desenvolvimento do ensino clínico. Tendo em conta este facto, a avaliação final foi vivida por todos os atores deste contexto clínico com elevado receio e sofrimento.

“Aparentavam alguma ansiedade. Questionando-as sobre a razão do seu estado referiram que «amanhã já começam as avaliações». «A nossa é no dia 30-4 mas temos colegas noutros serviços que já vão ser avaliados amanhã». (Notas de Campo - M17)

“Estavam muito preocupadas com a avaliação. Mostravam desconhecimento em relação ao processo. «Se for como na avaliação intercalar, ficamos sem saber nada» (dizia a E5). E continuou: «Não fez qualquer sentido aquela avaliação. A

E4, apesar de ter ficado insatisfeita, foi das que conseguiu saber qualquer coisa. Em termos gerais ficamos todos insatisfeitos. Perguntaram-nos a nossa opinião sobre como estava a correr o estágio. Depois de nós falarmos não nos deram nenhum feedback. A alguns colegas ainda foi dito «estás no bom caminho». Outros nem isso. Eu esperava que me dissessem o que é que estava mal e, em que é que deveria melhorar. Mas não foi nada disso que aconteceu. É por isso que estamos todos preocupados. Não sabemos com o que contar»". (Notas de Campo - M17)

No contexto clínico de cirurgia, identificamos como representações geradoras de tensões, o erro e a sua vertente punitiva, assim como, a prestação de cuidados a pessoas do género oposto.

“Já depois de terminar o tratamento à ferida e ter levado o doente à unidade, encontrei a E3 a comentar com a E7 que o tratamento à ferida não lhe tinha corrido muito bem. (...) «Eu acho que a tutora valorizou o facto de eu não ter tido a iniciativa de retirar os sacos de drenagem. Mas também é assim...Se retirasse e tivesse sido errado?» ”. (Notas de Campo - C12)

“A E7 acrescentou que apesar de considerar que a integração na cirurgia foi mais fácil, referiu o género do doente como uma dificuldade na integração. Disse que foi a primeira vez que prestou cuidados a homens, sendo que a média de idade era mais baixa do que na medicina. (...) Acrescentou que não tendo sido seu doente, um jovem de vinte e poucos anos esteve internado na cirurgia. Considera que ia ser difícil para ela lidar com este doente por causa do fator idade/género”. (Notas de Campo - C15)

No que se refere às orientações dadas pelos orientadores dos ensinamentos clínicos, verificou-se que em alguns momentos, as mesmas foram também geradoras de tensão. Mais uma vez, realçamos o facto da existência de diferenças em cada um dos contextos clínicos.

No contexto clínico de medicina, no início do ensino clínico os estudantes identificaram divergências na orientação dada pelos três intervenientes do processo superviso: professor e os dois tutores. Apesar das diferenças de orientação entre o professor e os tutores, resultante de estratégias adotadas pelo primeiro, essas diferenças não foram perturbadoras nem provocaram qualquer desestabilização no grupo de estudantes. Já em relação aos dois tutores, o mesmo não aconteceu. No início do ensino clínico a divergência de orientação entre os dois tutores foi de acordo com a opinião dos estudantes desestabilizadora.

“Referiram que apesar de existir divergências em relação à professora e às tutoras isso não era muito problemático. Os papéis pareciam estar demarcados. A professora parece preocupar-se mais com o rigor dos procedimentos e dos registos ao nível do plano de cuidados. As tutoras investem mais na prestação direta de cuidados. No entanto aqui mostraram um grande descontentamento, alguns deles, até mesmo ansiedade. «Nunca sabemos como vai correr o dia de estágio. Só depois de sabermos quem é a tutora».

Referem existir uma grande divergência ao nível de orientação. «O que uma diz, e está correto num determinado dia, já não é correto no dia seguinte porque tutora é outra». Outro estudante acrescenta: «Nunca sabemos como proceder». (...) Não há consenso entre os dois. Deviam reunir e decidir entre si» ”. (Notas de Campo - M5)

“ «No início do estágio havia divergências entre as duas tutoras em relação aos procedimentos. Não aceitava que disséssemos que fazíamos de determinada maneira porque a tutora T3 nos ensinou. Chegou mesmo a dizer “A enfermeira T3 sabe, mas disto eu é que sei” » ”. (Notas de Campo - M10)

Esta divergência de orientação foi transmitida pelos estudantes ao professor responsável do ensino clínico.

“A professora referiu que sentiu os estudantes muito ansiosos e que considera que esse facto está relacionado com a diferença de posturas das tutoras. Considera que uma é muito aberta e colaborativa com os estudantes, enquanto a outra é mais fechada, dá-lhes menos espaço e deixa-os menos à vontade”. (Notas de Campo - M3)

“ «O grupo decidiu falar com a professora. Não queríamos acusar ninguém, mas achamos que era melhor falar logo no início do que guardar para o fim. A professora sugeriu-nos que tentássemos tornear a situação. Aproveitar as reuniões de avaliação do dia para gradualmente e, de boas maneiras lhe ir dizendo as coisas sem causar conflito. É isso que temos feito.» ”. (Notas de Campo - M10)

Ao longo do ensino clínico, resultante da aproximação entre os vários supervisores clínicos, a tensão inicial dos estudantes desvaneceu.

“Referiram ainda que no início do estágio sentiram uma divergência em termos de orientação nos procedimentos entre as três pessoas (Professora e cada uma das tutoras). Acham que agora já estão mais próximas e a diferença não é significativa”. (Notas de Campo - M9)

No ensino clínico de cirurgia, comparativamente com o de medicina, existiram diferenças significativas ao nível do modelo de orientação, nomeadamente em relação ao método de trabalho, distribuição dos estudantes por doentes, acompanhamento por parte dos tutores e enfermeiros do serviço, o desempenho de papel do tutor e do enfermeiro, utilização de recursos materiais disponíveis, procedimentos, entre outros. Estas diferenças originaram nos estudantes, momentos de elevada tensão.

“ «Aqui é tudo muito diferente. O estado dos doentes. O método de trabalho. A organização do serviço. Os recursos materiais existentes, ...» ”. (Notas de Campo - C2)

“ (...) «aqui a pressão relaciona-se com a necessidade de fazer tudo depressa» ”. (Notas de Campo - C2)

De realçar que apesar do modelo de distribuição dos estudantes por doente/enfermaria para uns ter sido motivo de tensão, para outros, foi encarado como fator positivo na medida em que lhes permitiu um maior desenvolvimento ao nível do processo ensino/aprendizagem.

“Há no entanto divergência de opinião em relação à metodologia de distribuição dos doentes. Alguns estudantes sentem mais segurança com a metodologia praticada na medicina. Dá-lhes mais segurança ter um colega por perto. Outros consideram que estar mais distante do colega lhes permite um maior desenvolvimento ao nível do processo ensino/aprendizagem”. (Notas de Campo - C3)

Os tutores deste ensino clínico defenderam de forma contínua, e na presença dos estudantes, que o modelo de orientação do ensino clínico anterior careceu de exigência, tornando-os pouco responsáveis.

“Atribui a culpa destas atitudes a uma falta de exigência no primeiro ensino clínico”. (Notas de Campo - C9)

Esta crítica para além de ter influenciado ao nível da autoestima dos estudantes, como foi já explanado anteriormente, conduziu ainda a um elevado mal-estar no grupo. Os estudantes foram da opinião que o modelo de orientação adotado pelos tutores os expôs e conduziu a uma quebra de confiança por parte dos doentes.

“A E4 referiu: «Na medicina as tutoras tinham descrição. (...) Na cirurgia não. E isso é mau. O doente apercebe-se e depois tem mais dificuldade em nos aceitar»”. (Notas de Campo - C19)

Ainda de acordo com os atores do estudo, as atitudes dos tutores do contexto de cirurgia, influenciaram no processo de aprendizagem. A exposição constante dos estudantes conduziu a situações de desânimo ao ponto de encararem o ensino clínico como uma “obrigação”. As faltas parecem ter-se tornado estratégicas e resultantes do desconforto causado pela atitude dos tutores.

“Acrescentou que os colegas andam muito apreensivos com os comentários das tutoras e com a mudança de metodologia”. (Notas de Campo - C6)

“Entrei na sala de trabalho cerca das 12h. O E2 e a E6 estavam a preparar a medicação das 12h. A T2 sentada observava-os atentamente. Cumprimentei os presentes dizendo: «Bom dia. Então como estão...» Com um ar altivo, a T2 respondeu: «Com poucos conhecimentos». Fez-se silêncio. Os estudantes mostraram-se constrangidos”. (Notas de Campo - C13)

“ A E5 referiu «Eu por mim falo. Vou ser muito honesta. Já falei porque precisei, mas também pela postura das orientadoras. Depois daquela confusão toda que houve, apeteceu-me faltar».

Defendeu que o número elevado de faltas do grupo está relacionado com:

- Não valorização do trabalho dos estudantes por parte das orientadoras.

- Cansaço.

- Desmotivação”. (Notas de Campo - C19 Esc.)

Verificamos assim, que as tensões do quotidiano, no contexto de cirurgia, foram inibidoras da transformação da experiência em aprendizagem (Kolb, 1984). Por sua vez, as tensões referidas no contexto de medicina, apesar de presentes, ocorreram em momentos específicos, nomeadamente, nos primeiros dias de ensino clínico, nos dias das avaliações intercalar e final.

Em síntese

Ao longo deste subcapítulo analisamos os fatores geradores de tensão nos estudantes ao longo dos dois ensinos clínicos. Verificamos que esses fatores divergiram em função do contexto clínico. No primeiro momento, as representações que os estudantes tinham face ao contexto de medicina centravam-se mais especificamente ao nível do desconhecimento sobre as vivências hospitalares, não só por se tratar da primeira experiência clínica, mas também, pelo facto de a opinião transmitida pelos colegas que os antecederam neste contexto não ser favorável. Por sua vez, as orientações numa fase inicial, também foram perturbadoras para o desenvolvimento da aprendizagem dos estudantes, na medida em que a perspetiva dos tutores sobre factos semelhantes era divergente.

No contexto de cirurgia, as representações geradoras de tensão relacionaram-se com o método de trabalho e a pressão exercida pelos tutores em desenvolver as atividades num período de tempo reduzido, bem como, com a idade/género de doentes. Quanto à orientação efetuada pelos tutores ficou claro que o desprazer foi geral. A atitude dos mesmos marcou os estudantes de forma muito negativa na medida em que comprometeu a sua relação com os doentes.

CONCLUSÕES E NOTA FINAL

CONCLUSÕES

“(...) a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico, sendo este espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais” (Abreu, 2007: 17).

O ensino clínico é entendido como uma formação que é realizada junto de um utente, ou grupo de utentes, sendo essencial para a constituição de aprendizagens significativas. Constitui-se como um espaço de eleição para que o estudante se possa libertar, de forma gradual, da influência do supervisor, construindo a sua própria identidade (Abreu, 2003a).

Ao longo da primeira parte do nosso estudo debruçamo-nos sobre a construção identitária dos estudantes enfatizando a importância da existência de dispositivos, quer no campo de trabalho, quer no campo da formação, que a proporcionam. Privilegiamos, no entanto, a formação em contexto clínico, a qual está intimamente relacionada com os efeitos socializadores do mesmo, reforçando assim o processo de socialização profissional.

Detivemo-nos nos saberes profissionais na medida em que estes possibilitam ao indivíduo ser identificado com um grupo profissional por ser detentor de um agir específico, permitindo-lhe reconhecer-se e ser reconhecido como seu membro.

Verificamos que resultante das mudanças sociais que tem surgido na profissão de enfermagem, as competências exigidas remetem não só para a dimensão técnica, mas fundamentalmente para a dimensão socio-afetiva do foro pessoal e relacional, por fazerem parte dos perfis profissionais adaptáveis aos novos cenários que se caracterizam por incertezas, instabilidades e imprevisibilidades.

Neste âmbito consideramos que a formação orientada para o desenvolvimento integral de competências de desenvolvimento profissional deve englobar o saber, saber-fazer e saber-ser.

Ao abordarmos competência, referimo-nos a um processo de mobilização de um conjunto diversificado de conhecimentos para uma dada situação de trabalho. Ela envolve um conhecimento aprofundado que confere ao sujeito a capacidade de decidir e julgar sobre certas matérias, atendendo, não só, à sua dimensão técnica mas também social e

política. Consideramos assim competência como a capacidade de transferibilidade de saberes para contextos específicos de trabalho.

Integrando a formação no âmbito da socialização, consideramos que no acesso a um conjunto de conhecimentos especializados desenvolvidos através de um dispositivo de formação, o indivíduo desenvolve competências que lhe permitem passar da teoria à aplicação prática. Vimos que é através deste quadro que o sujeito se forma, tendo em vista uma projeção futura como profissional, onde entram em jogo interesses pessoais e situações desconhecidas que determinam o desenvolvimento de uma identidade.

Verificamos ainda, que, as situações de aprendizagem se alargam não só ao espaço escolar como também ao contexto clínico, oferecendo aos atores momentos de socialização, atendendo a que se trata de momentos de viragem para outras aquisições e identificações, rodeadas de incertezas e de constrangimentos.

O ponto de partida desta investigação apoiou-se na questão: “*Qual a influência dos processos supervisivos no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem?*” a qual fez emergir novas questões sobre a referida problemática.

A finalidade de uma investigação científica é a de fornecer uma descrição tão objetiva e completa quanto possível do mundo no qual nos inserimos, que permita a compreensão do mesmo (Flick, 2005).

A tradição da investigação qualitativa como modo de construção do conhecimento no âmbito das ciências sociais tem vindo a desenvolver-se desde os trabalhos da Escola de Chicago (Lessard-Hébert et al, 2005), libertando-se do paradigma positivista, que do ponto de vista epistemológico, procura uma compreensão dos fenómenos de uma forma matematicamente obtida, e que revela sequências explicativas de causa-efeito para o real.

O paradigma qualitativo pretende dar resposta a uma nova forma de questionar o mundo, que entende os factos de natureza social, resultantes de lógicas e ações humanas, como únicos e irrepetíveis e que se desenvolvem em contextos complexos, sendo irredutíveis a uma padronização lógico-matemática. O investigador procura estudar os significados que os seres humanos produzem a respeito deles próprios. Este tipo de investigação gera conhecimento sobre uma realidade particular, não pretendendo em absoluto uma generalização das conclusões a que chega.

A investigação qualitativa enquadra-se assim num paradigma designado de interpretativo, tendo sido definida na literatura pela negativa. Apesar de para vários autores existir uma dicotomia entre estes dois paradigmas, de acordo com Lessard-Hébert et al (2005) este aspeto, não só, não é consensual, nem sequer definitivo. Outros autores defendem que o paradigma interpretativo e o paradigma positivista não têm necessariamente que se opor ou se substituir, existindo inclusive complementaridade entre ambos.

O nosso estudo desenvolveu-se numa turma de 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem da Zona Norte do país. A população era constituída por 69 estudantes, quatro tutores e um professor.

Desenvolvemos um estudo etnográfico (Goetz & LeCompte, 1988), descritivo, tipo estudo de caso (Yin, 2005), inserido numa abordagem multimétodo, onde incluímos os paradigmas: quantitativo e qualitativo. Tendo em conta a metodologia adotada recorremos à observação participante, entrevistas e questionários como fontes de informação.

- Num primeiro momento, apoiados nas competências da OE (2004) e através da técnica de Delphi, construímos e validamos um inventário de competências, o qual foi aplicado aos estudantes em dois momentos, no fim dos ensinamentos clínicos I e II. Paralelamente, aplicamos a todos os estudantes, antes do início do primeiro ensino clínico, o EIPQ no sentido de identificarmos o estatuto de identidade de cada estudante antes do primeiro contacto com a realidade prática.

- O segundo momento privilegiou a observação participante. Acompanhamos um grupo de oito estudantes ao longo de vinte semanas de ensino clínico, as primeiras dez em contexto de medicina e as restantes num contexto de cirurgia. Durante este período efetuamos a recolha de todos os documentos produzidos pelos diferentes intervenientes no processo supervivo, bem como, entrevistas informais aos atores da pesquisa. Terminado o período de formação clínica aplicamos de novo o EIPQ no sentido de identificarmos as alterações identitárias ocorridas.

- O terceiro momento consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas aos tutores intervenientes no nosso estudo.

Terminada a recolha de dados passamos à fase de análise e interpretação da informação. Efetuamos seguidamente a triangulação da informação obtida através das diversas fontes e dos vários métodos utilizados, de forma a atribuir-lhe maior validade.

Ao longo dos capítulos 2º, 3º e 4º da segunda parte do estudo procedemos a uma apresentação integrada e articulada da informação colhida no terreno, de forma a realçar a importância da relação supervisiva no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes de enfermagem. Procedendo a uma síntese da informação obtida e dos processos de triangulação, procuramos de seguida dar respostas às nossas questões de investigação iniciais.

Questão 1 – De que forma os processos supervisivos influenciam o desenvolvimento da identidade dos estudantes de enfermagem em ensino clínico?

Através do nosso estudo verificamos que os processos supervisivos influenciam o desenvolvimento da identidade dos estudantes em ensino clínico.

Ao longo das vinte semanas de prática clínica, dez em contexto de medicina e as restantes dez em contexto de cirurgia, intervieram na supervisão dos estudantes um professor e quatro tutores. Nos dois ensinos clínicos a relação supervisiva do professor, e dando continuidade à filosofia da escola explícita no plano de estudos da mesma, privilegiou uma relação holística, quer com os estudantes, quer com os doentes. Na mesma linha, situamos os tutores do primeiro ensino clínico, o qual decorreu, como é sabido, no contexto de medicina. Verificamos assim uma sincronia entre os vários intervenientes supervisivos resultando daqui uma visão holística da Pessoa. Devido ao facto de se sentirem eles próprios cuidados, os formandos investiram no cuidado ao doente e valorizaram de forma significativa os saberes e atitudes dos supervisores clínicos.

O modelo supervisivo em uso foi favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes na medida em que lhes abriu horizontes para a prática clínica.

No segundo ensino clínico, decorrido em contexto de cirurgia, as práticas supervisivas foram significativamente diferentes. Por um lado, e uma vez tratar-se de um segundo ensino clínico, a figura do professor foi menos presente, por outro, a relação estabelecida entre tutores e estudantes foi diferente da anteriormente experienciada. Os

tutores foram menos presentes, mais diretivos e menos acolhedores. A relação estabelecida foi de distanciamento e dificultadora de uma relação positiva. As atitudes e estratégias metodológicas adotadas, bem como os processos supervisivos foram entendidos pelos estudantes como deficitários. Com relativa frequência a relação estabelecida foi geradora de tensões e conflitos, não só ao nível das representações como também das orientações e atitudes supervisivas.

Por sua vez, e tendo ainda em conta a natureza do próprio contexto de saúde, cuja vertente está predominantemente voltada para os cuidados de reparação, este segundo ensino clínico conduziu os estudantes a um (re)questionamento identitário, quer pessoal, quer profissional.

Verificamos assim que os dois contextos clínicos estudados favoreceram o desenvolvimento de identidades distintas, no entanto, complementares. Tornou-se visível que os supervisores clínicos do contexto de medicina, detentores de uma visão holística da profissão de enfermagem, promoveram nos estudantes uma visão integradora do doente, resultante de uma contínua atividade reflexiva sobre a Pessoa Humana.

Salientamos que o grau de satisfação demonstrado pelos estudantes face ao contexto de medicina foi muito elevado, não só em relação às práticas supervisivas, como também em relação às práticas de cuidados.

Questão 2 – Qual a influência dos processos supervisivos sobre o desenvolvimento de competências dos estudantes?

Se é verdade que o conhecimento e a experiência são muito importantes para a tomada de decisão em enfermagem, o apoio supervisivo não é menos importante. A relação supervisiva em contexto clínico é fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais. Através de uma relação de apoio o estudante sedimenta mais facilmente a experiência vivenciada, integra os conhecimentos adquiridos em contexto académico, desenvolve o pensamento crítico-reflexivo e promove a capacidade de tomada de decisão. O apoio supervisivo é por tudo isto primordial para o desenvolvimento da aprendizagem.

No nosso caso de estudo, verificamos que, sendo os tutores oriundos da prática clínica e dos respetivos contextos onde os estudantes realizaram o seu ensino clínico, a visão que possuem sobre a profissão de enfermagem está muito associada às práticas de cuidados.

No caso específico do contexto de medicina, e tendo em conta as características dos doentes internados neste tipo de unidade (idade, dependência/incapacidade para os autocuidados, debilidade física, diversidade patológica), os cuidados prestados estiveram de acordo com uma visão humanista da Pessoa.

Resultante da relação de proximidade entre estudantes e utentes, e entre estudantes e supervisores, do grau de dependência do doente, da visão holística que os estudantes e supervisores possuem sobre a enfermagem, muito centrada no cuidar e na relação de ajuda, os tutores deste contexto foram agentes facilitadores e promotores do desenvolvimento de competências psicossociais.

No contexto de cirurgia, decorrente de uma enfermagem mais invasiva e mais centrada no tratar, as competências mais valorizadas pelos tutores, embora de uma forma não verbalmente assumida, foram as do domínio técnico-científico, com especial relevo pelas competências instrumentais. Neste espaço, os estudantes de enfermagem viveram momentos especialmente conturbados na medida em que o relevo que eles davam a cada um dos domínios das competências de desenvolvimento profissional não ia ao encontro do solicitado pelos tutores.

Face aos resultados apresentados, concluímos que existe uma relação direta entre a relação supervisiva e o desenvolvimento de competências profissionais. Nos serviços onde os supervisores estabeleceram uma relação supervisiva positiva o desenvolvimento de competências foi mais abrangente e integrador.

Questão 3 - Em que medida as experiências clínicas vivenciadas pelos estudantes determinam mudanças no estatuto da identidade?

“O mundo vivido, tal como o caracterizam os alunos e os enfermeiros, é muito mais complexo do que aquele cuja imagem constroem no decurso da formação teórica. Os saberes que emergem da prática, (...) e atravessados pela dúvida, vitórias, insucessos,

contras e ajudas, adquirem uma coerência – a de se reportarem a situações reais, com implicações da pessoa” (Abreu, 1998: 336).

À semelhança de um conjunto de autores explanados ao longo deste trabalho, entre os quais Serra (2011) e Abreu, (2001), verificamos através deste estudo que o contacto com a realidade clínica promove nos jovens estudantes de enfermagem significativas mudanças identitárias.

Através da aplicação do EIPQ verificamos que cerca de 50% dos estudantes, ao longo de vinte semanas de ensino clínico, alterou o seu estatuto de identidade comparativamente com o inicialmente identificado. Nos relatos, quer dos estudantes, quer dos próprios tutores, torna-se evidente que tal facto resultou de um conjunto de vivências clínicas marcantes, nomeadamente, as situações de sofrimento do doente e respetivos familiares, dor, morte, entre outras.

Apoiados em conversas informais realizadas ao longo da observação participante percebemos que, embora no início do curso alguns estudantes demonstrassem um certo desconhecimento face ao conceito de “Ser Enfermeiro”, ao longo das vinte semanas de ensino clínico, os atores em estudo, desenvolveram um conjunto de saberes de ordem cognitiva, afetiva, motora, relacional e transformativa. Durante este período de tempo a maioria dos estudantes desenvolveu uma forte ligação afetiva com a profissão. Tratou-se de um período em que os estudantes manifestaram ter sofrido uma “intensa maturação ao nível da identidade pessoal” e da “definição de si”, resultante das vivências nos contextos clínicos.

Verificamos que a relação estabelecida em contexto clínico foi também influenciadora destas alterações. Através da partilha de experiências entre tutores, equipa multidisciplinar, pares e doentes, os estudantes desenvolveram e aperfeiçoaram não só as competências de âmbito profissional, mas continuamente reformularam a sua identidade pessoal e profissional.

Concluímos, através da observação participante realizada, que o contexto onde os estudantes experienciaram uma relação supervisiva positiva foi promotor do desenvolvimento das dimensões investimento e/ou exploração, por sua vez, o contexto onde a relação supervisiva foi mais diretiva, rígida e menos reflexiva foi inibidor do desenvolvimento destas mesmas dimensões.

Questão 4 - *Quais as competências que os estudantes mais valorizaram ao longo da prática clínica?*

Independentemente de se tratar de um contexto clínico médico ou cirúrgico, as competências mais valorizadas pelos estudantes ao longo de toda a prática clínica foram as relacionais e as socio-afetivas.

Os resultados deste estudo apontam-nos para uma discrepância entre as competências que os estudantes mais valorizam e a respetiva valorização por parte dos contextos e dos profissionais neles inseridos.

Realçamos que no contexto cirúrgico, em que as competências alvo de maior investimento por parte dos supervisores clínicos foram as técnico-científicas, os estudantes mantiveram, à semelhança do desenvolvido no ensino clínico anterior, uma valorização de todos os domínios de competências de desenvolvimento profissional, com especial relevância sobre as relacionais, atitudinais, socio-afetivas e ético-morais.

Questão 5 - *Quais as competências que os estudantes consideram ter desenvolvido ao longo de cada ensino clínico?*

Os estudantes reconhecem que os contextos clínicos condicionaram o desenvolvimento de diferentes competências profissionais. Defendem que o contexto de medicina promoveu o desenvolvimento de competências relacionais e socio-afetivas, por sua vez, o contexto de cirurgia privilegiou as competências instrumentais e cognitivas. São da opinião que, apesar dos contextos promoverem o desenvolvimento de diferentes competências profissionais, “Ser-enfermeiro” além de um desenvolvimento integral das diferentes competências profissionais, requer fundamentalmente a valorização das competências relacionais e socio-afetivas.

Através dos resultados obtidos no inventário de competências por nós elaborado e aplicado aos estudantes no final de cada um dos ensinos clínicos realizados, verificamos que os respetivos inquiridos consideraram ter desenvolvido mais facilmente as competências da dimensão A – “Responsabilidade profissional, ética e legal” e as da dimensão C – “Desenvolvimento profissional”.

Questão 6 - Em que medida existe, na perspetiva dos atores envolvidos, uma relação entre as competências desenvolvidas no decurso de estágios sequenciais?

Ao longo do ensino clínico de medicina, apesar de num primeiro momento, quer tutores, quer professor, se terem centrado na aprendizagem dos procedimentos e técnicas, foram as competências socio-afetivas e relacionais que tiveram maior relevo por parte dos supervisores clínicos e dos estudantes. Por sua vez, durante todo o ensino clínico de cirurgia a primazia foi para as competências científicas e instrumentais. Para isso contribuíram as características dos utentes que predominaram em cada um dos serviços, bem como, a valorização atribuída pelos tutores às competências profissionais, e ainda a influência dos contextos clínicos.

Concluimos assim que, no decurso do ensino clínico de medicina e no de cirurgia não houve um desenvolvimento sequencial das competências profissionais. Contrariamente, verificamos a transição de uma enfermagem assente no paradigma holístico, explanada ao longo primeiro ensino clínico, para uma enfermagem mais centrada numa vertente instrumental, trabalhada ao longo do segundo contexto clínico.

Uma conclusão que se infere do conjunto de dados deste estudo é que identidade, competência, autoestima e tomada de decisão são dimensões que estão profundamente interligadas, estando no epicentro do processo supervisoivo.

IMPLICAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Os resultados desta pesquisa indicam-nos que a relação supervisoiva estabelecida, quer por professores, quer por tutores, interfere de forma significativa com a identidade pessoal e profissional dos estudantes, bem como, no desenvolvimento de competências profissionais, na “definição de si” e na forma como gerem e vivenciam as tensões do quotidiano.

O conhecimento alcançado em relação à presente pesquisa possibilitou-nos compreender aspetos importantes do processo ensino-aprendizagem, não só relacionados com os conhecimentos teóricos, mas fundamentalmente, a pesquisa desenvolvida abriu leques para a procura de novas informações e permitiu-nos elaborar um quadro de conhecimento de base que nos leva a questionar a relação supervisoiva em alguns contextos da prática clínica.

Através dela é possível perceber que uma relação positiva entre supervisor-supervisado permite um “melhor” desenvolvimento pessoal e profissional, o que terá como consequência uma maior visibilidade e relevância social da profissão traduzida numa melhoria de qualidade dos formandos.

O estudo possibilita concluir que a investigação feita é uma etapa fundamental para continuar a desenvolver no futuro esta temática, na medida em que cria as bases para se aprofundar linhas de investigação neste sentido. Em nosso entender este trabalho poderá dar um contributo para a implementação de um modelo supervisivo que favoreça no supervisado o desenvolvimento de uma relação cuidativa face ao utente.

Estudos futuros podem permitir ao investigador considerar outros contextos escolares com diferentes modelos supervisivos, populações mais alargadas em termo de número de estudantes, estádios de desenvolvimento mais diversificados, nomeadamente, a precedência (ou não) de experiências clínicas anteriores no âmbito da comunidade, família, parentalidade, entre outras.

Consideramos ainda pertinente, não nos circunscrevermos apenas a currículos de alternância, mas privilegiar também o modelo por dois blocos, ou seja, a teoria precedida da prática clínica. Uma vez que esta investigação se debruçou sobre um modelo onde a aquisição de competências interagiu em permanência com os saberes adquiridos escolares e clínicos, num ciclo recursivo, parece-nos pertinente estudar um ambiente formativo que privilegie um sistema sequencial, baseado nos saberes como suporte para a aquisição de competências.

O paradigma vigente demonstrou-nos uma grande flexibilidade em relação aos saberes mobilizados para a prática, existindo uma grande simbiose entre o *habitus* escolar e o *habitus* profissional no contexto de medicina. Esta situação parece promover uma identidade profissional na medida em que os valores implícitos ao modelo curricular privilegiam uma prática baseada em torno do Cuidar. O designado modelo holístico tornou-se assim atual. Este é, efetivamente, um dos aspetos que nos leva a considerar crucial a articulação entre os diferentes atores envolvidos no processo de aprendizagem: docentes, tutores e estudantes.

Propomos um investimento das escolas ao nível dos supervisores de forma a ser mais facilitador o desenvolvimento de competências dos estudantes, num ambiente relacional

que promova a interação entre os diferentes profissionais, favorecendo a autonomia do supervisionado e o envolvimento da equipa de enfermagem na formação do estudante.

Consideramos essencial uma maior aproximação entre a escola e os supervisores clínicos (tutores) de forma a que os segundos interiorizem e promovam o perfil de enfermeiro defendido pela respetiva escola. A não ser assim, estamos a difundir diferentes modelos identitários ao longo de um mesmo curso, podendo inclusive conduzir os estudantes a uma confusão identitária.

NOTA FINAL

Através da prática clínica, pretende-se que os estudantes desenvolvam um conjunto de competências, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, que conduzam à capacidade de planear, concretizar, gerir e avaliar as atividades de enfermagem. De acordo com Dias (2006) este período de formação permite ao estudante consolidar conhecimentos e desenvolver competências profissionais, o ensino clínico assume-se assim, como o local indicado para a consolidação da relação entre o saber, o saber-fazer e o saber-ser. A este propósito Carvalhal (2003) acrescenta que a importância da prática clínica na formação inicial em enfermagem é significativa, não só, pela carga horária que ocupa no plano de estudos (pelo menos “50% do total de horas do curso”), mas também pelo facto de permitir a apropriação de saberes e o desenvolvimento de competências de enfermagem, bem como, pelo favorecimento da reflexão pessoal e pensamento crítico.

Sendo os ensinamentos clínicos etapas insubstituíveis na formação em enfermagem compreende-se a importância dos supervisores neste processo. Tal como defendem Alarcão & Tavares (2003), o supervisor deve facilitar um processo de aprendizagem consciente e comprometido. Assim, a aposta consiste numa formação centrada no estudante, que promova a reflexão “na e sobre a ação”.

Tendo em conta o modelo de acompanhamento dos estudantes em estudo ao longo do primeiro ensino clínico, bem como a relação estabelecida pelos supervisores, torna-se claro que a sua formação privilegiou o paradigma do holístico – o Cuidar em enfermagem. Ao nível das competências técnico-científicas, foi notório que o ensino clínico de cirurgia

foi mais favorável ao seu desenvolvimento, tendo-se no entanto verificado, neste segundo contexto, um hiato entre este domínio de competências e as socio-afetivas.

A formação em contexto clínico, com a supervisão de um enfermeiro tutor, permitiu estabelecer uma ligação entre a teoria e a prática. O espaço clínico tornou-se um momento em que o estudante percebeu a importância dos conhecimentos teóricos e simultaneamente promoveu a descoberta do significado de “estabelecer relação” com o “Outro”. A tríade estudante, docente e tutor (enfermeiro da prática clínica) foi facilitadora da reflexão sobre a realidade das situações vivenciadas.

O processo de aprendizagem do estudante implicou uma articulação entre os conhecimentos adquiridos e a mobilização dos mesmos para a prática clínica, o que em alguns momentos lhe exigiu, como defende Le Boterf (2005) o recurso a outro nível de saberes.

Ao longo destes dois ensinamentos clínicos, os estudantes interiorizaram a verdadeira essência do Cuidar, sendo que cada pessoa tem as suas particularidades e por essa via é possível através dos conhecimentos científicos prestar cuidados de forma única. De acordo com a perspectiva destes atores, a formação assente no paradigma holístico implica, não só, uma interação constante entre doente e prestador de cuidados, como também entre supervisor e supervisionado, devendo apoiar-se numa relação que implique descoberta permanente.

A prática destes estudantes favoreceu a reflexão sobre a profissão de enfermagem e sobre os cuidados aos utentes. Tratou-se, num primeiro ensino clínico, de uma prática centrada na Pessoa, para ao longo do segundo, valorizar de forma significativa as competências instrumentais.

Independentemente da não existência de um desenvolvimento sequencial de competências entre os dois contextos clínicos, os estudantes privilegiaram a pessoa de uma forma global, otimizando a relação entre quem cuida e quem é alvo de cuidados, de forma a promover a saúde e a ajudá-lo no seu percurso de vida. A pessoa cuidada foi vista como um fator fundamental para a prática dos cuidados. Neste sentido valorizaram a família e as pessoas significativas para o utente, tendo em atenção o seu estágio de sofrimento e envolvimento.

A prática cuidativa foi entendida por estes estudantes como tendo especificidades únicas e dificilmente parametrizáveis, nomeadamente a dimensão relacional e o clima humano. Cuidar, para eles – jovens – implicou entrega, disponibilidade e noção de serviço à comunidade.

Para este percurso, e para esta visão do paradigma Holístico, foi fundamental o papel do professor e dos tutores do primeiro ensino clínico. A função de ambos foi tida como uma referência, preocupando-se em promover um ambiente humano e criando estruturas de forma a que os estudantes, também eles próprios, se sentissem cuidados.

De salientar que a prática clínica permitiu um desenvolvimento pessoal, um aprofundamento de conhecimento e, ainda, o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo. A prática no contexto de medicina teve subjacente ao processo de aprendizagem, a reflexão e análise crítica das aprendizagens diárias, de forma a melhorá-las, existindo por parte dos supervisores um reforço dos aspetos positivos e um trabalhar dos aspetos menos positivos. Esta atitude reflexiva permitiu desenvolver as competências pessoais, relacionais e sociais dos estudantes, promoveu a relação com o utente, contribuindo assim para a sua satisfação individual.

Tornou-se deste modo visível que no primeiro ensino clínico os supervisores utilizaram estratégias de comunicação com os estudantes no sentido de desenvolver o pensamento reflexivo de forma a contribuir para uma aprendizagem que não se limitasse à simples transmissão de conhecimentos, mas proporcionasse momentos de diálogo e partilha, de modo a dar significado às aprendizagens. O conhecimento construído, adquirido através da reflexão, é a mais significativa forma de disciplinar o conhecimento.

Na verdade o contexto de cirurgia pugnou pelo desenvolvimento técnico-científico considerando indispensável o saber e o saber-fazer. Os estudantes referiram que neste contexto houve um menor investimento no desenvolvimento das competências relacionais e sociais (nas áreas do saber-ser), defendendo que os supervisores atribuíram pouca importância à vertente humana. Este aspeto pode estar relacionado com o facto de o doente em contexto cirúrgico ser frequentemente mais crítico acerca dos componentes do cuidar e identificar mais facilmente a existência ou não das competências técnico-científicas. No entanto, e à semelhança dos utentes dos demais contextos, também reconhece como requisitos para a satisfação dos cuidados os aspetos interpessoais e situacionais.

Neste estudo verificamos que a relação supervisiva determinou o desenvolvimento de diferentes identidades em função do contexto clínico e da identidade profissional dos supervisores. No contexto clínico onde predominou uma relação cuidativa para com os doentes/familiares e estudantes, os últimos desenvolveram uma identidade em torno das competências relacionais e socio-afetivas, estabelecendo com o utente uma relação de ajuda. Nos contextos clínicos onde prevaleceu a valorização das competências científico-técnicas a identidade dos estudantes orientou-se mais em volta do saber-fazer.

Esta investigação releva que a relação entre identidade profissional e a prática de cuidados é inequívoca. O desenvolvimento da identidade profissional está diretamente relacionado com a valorização que os contextos (académico e hospitalar) e os supervisores (professor e tutores) atribuem às competências de desenvolvimento profissional. Sendo a identidade profissional resultante dos fatores anteriormente referidos, ela própria é influenciadora e produtora das práticas de cuidados contribuindo positiva ou negativamente para a qualidade dos mesmos. Queremos com isto dizer que a identidade profissional influencia e é influenciada pela qualidade das práticas clínicas, bem como pelo paradigma de enfermagem emergente. De acordo com esta nossa visão, o supervisor clínico foi ao longo das práticas clínicas, um mediador dos processos de aprendizagem e do desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes.

Identifica-se, através deste estudo, uma forte influência dos professores do contexto académico sobre o desenvolvimento identitário dos estudantes. Tal facto parece advir da relação afetiva e de proximidade desenvolvida em sala de aula. Consideramos que a chave para este sucesso se relaciona com o número de estudantes que a escola acolhe.

Este trabalho leva-nos a defender que os contextos clínicos onde se promove um desenvolvimento integral de competências que privilegie a supervisão clínica centrada no poder formativo dos estudantes, fomentando um bom ambiente relacional entre a equipa multidisciplinar, com estimulação da autonomia profissional, parece ser a tónica para o desenvolvimento de uma identidade profissional positiva.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Livros e Artigos

- Abreu, C. (2004). Relação de Ajuda. *Sinais Vitais*, 53, 29-33.
- Abreu, W. (1997). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar. In R. Canário (Org.). *Formação e situações de trabalho* (pp 147-168). Porto: Porto Editora.
- Abreu, W. (2001). *Identidades, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Acedido em <http://lusomed.sapo.pt/xn320/367168.html>
- Abreu, W. (2003a). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Sinais Vitais.
- Abreu, W. (2003b). *Saúde, doença e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W., & Interpeler, S. (2015). Effective Mentorship to Improve Clinical Decision Making and a Positive Identity: A comparative study in Turkey and Portugal. *International Journal of Information and Education Technology*, 5 (1), 42-46. doi: 10.7763/IJiet.2015.V5.473
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Adams, R. (2011). Exploring dual professional identities, the role of the nurse tutor in higher education in the UK: role complexity and tensions. *Journal Of Advanced Nursing*, 67(4), 884-892. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05519.x
- Alarcão, I. (1996). *Formação Reflexiva dos Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto. Porto Editora.
- Alarcão, I. (Org.) (2000). *Escola Reflexiva e Supervisão. Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, 6, 54-59.

- Alarcão, I., & Roldão, M. C. (2008). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedagogo.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 378-382.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Amancio, L. (200). Identidade Social e relações Intergrupais. In J. Vala, & B. Monteiro (Coords.). *Psicologia social* (387-409). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Amaral, F., & Rodrigues, M. (1997). Sondagem sobre o significado do tratar e do cuidar. *Sinais Vitais*, 12, 46-47.
- Amendoeira, J. (2009). Ensino de Enfermagem – Perspetivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 2-12.
- Andolfi, M. (1996). *A linguagem do encontro terapêutico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, G., & Grilo, A. (2004). A relação de ajuda na prestação de cuidados de saúde. *Nursing*, 194(15), 16-21.
- Andrew, N. (2012). Professional identity in nursing: Are we there yet? *Nurse Education Today*, 32(8), 846-849. doi:10.1016/j.nedt.2012.03.014
- Antunes, J. L. (2012). *A Nova Medicina*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Antunes, L. (2004). As aspirações e trajetórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com a (futura) realidade profissional. *Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia*. Acedido em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628f817816ca_1.pdf
- Araújo, B., Almeida, L., & Paul, C. (2003). Transição e Adaptação Académica dos Estudantes à Escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 56-64.
- Araújo, O. (2012). Supervisão em Contexto Clínico: o testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). *Revista de Formacion e Innovacion Educativa Universitária*, 5(2), 112-121.
- Arco, A. (2005). Supervisão Pedagógica no Ensino Clínico de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 58, 22-25.

- Aresti, A., & Finlay, B. (2012). *Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais* (4ª ed.). Porto: Alegre.
- Arthur, D., & Thorne, S. (1998). Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a Canadian University. *Nurse Education Today*, 18, 380-388.
- Baldwin, A., Mills, J., Birks, M., & Budden, L. (2014). Role modeling in undergraduate nursing education: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, 34(6), 18-26. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.007
- Balistreri, E., Busch-Rossnagel, N. A., & Geisinger, K. F. (1995). Development and preliminary validation of the Ego Identity Process Questionnaire. *Journal Of Adolescence*, 18(2), 179-192. doi:10.1006/jado.1995.1012
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bastos, M. L. (2005). Da (in) visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de sabers em enfermagem: cuidados prestados num Centro de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23(1), 25-41.
- Beeman, P. (1991). Nursing education, practice, and professional identity: a transcultural course in England. *Journal Of Nursing Education*, 30(2), 63-68.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (2ª ed.). Lisboa: Quarteto Editora.
- Bento, M. C. (1997). *Cuidados e formação em Enfermagem: Que Identidade?* Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Beretta, R. (1996). A critical review of the Delphi technique. *Nurse Researcher*, 3(4), 79-89.
- Berger, & Luckman (1994). *La construction social de la réalité*. Paris: Meridiens Klincksieck.
- Bernard, M. J., & Goodyear, R. (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision* (2ª ed.) Boston: Allyn and Bacon.
- Bernardino, D. (2007). Supervisão e Relações Supervisivas. A importância na construção da identidade de enfermagem. *Sinais Vitais*, 72, 5-9. Acedido em http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/3147-supervisao-e-relacoes-supervisivas-a-importancia-na-construcao-da-identidade-do-enfermeiro#.VOJoj_6UMkk
- Berzonsky, M., (2000). Cognitive Processes and Identity Formation: The Mediating of Identity Processing Style. *Psychologia Rozwojowa*, 15 (4), S.13-27.

- Bevis, O., & Murray, J. (1990). A essência da revolução Curriculum: Ensino emancipatório. *Jornal de Educação em Enfermagem*, 29(7), 326-331.
- Bevis, O., & Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. New York: Copyright.
- Bevis, O., & Watson, J. (2005) – *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bond, M., & Holland, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses*. Philadelphia: Open University Press. Buckingham.
- Borba, A. M. (2001). *Identidade em Construção. Investigando professores na prática da avaliação escolar*. São Paulo: Editora Univalli.
- Boyatsis, R. (2008). Competencies in the 21st Century. *Journal of Management Development*, 27 (1), 5-12.
- Boykin, A. (1994). *Living a Caring-Based Program*. New York: Copyright.
- Bradshaw, A. (1997). Defining "competency" in nursing (part I): a policy review. *Journal Of Clinical Nursing*, 6(5), 347-354. doi: 10.1046/j.1365-2702.1997.00129.x
- Broofenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Broofenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of development process. In Damon, W., & Lerner, R. (Eds.). *Handbook of child psychology* (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Cabrito, B. G. (1994). *Formações em Alternância: conceitos e práticas*. Lisboa: EducaFormação.
- Calman, L. I. (2006). Patients' views of nurses' competence. *Nurse Education Today*, 26(8), 719-725. doi:10.1016/j.nedt.2006.07.016
- Canário, R. (1999) – *Educação de Adultos. Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.
- Carapinheiro, G. (1987). Cenários de estratégias médicas no hospital. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 23, 141-155.
- Carapinheiro, G. (1991). Médicos e representações da medicina. *Revista de Sociologia, Problemas e Práticas*, 9, 27-41.

- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, R. (2003) – *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores dos ensinos clínicos*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. L. (2005). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, A., Jesus, M., & Martins, M. (1994) – Cuidar uma reflexão. *Servir*, 42(5), 238-242.
- Casanova, R. (1992). Holismo, Consecuencia de una errónea interpretacion. *Revista ROL de Enfermería*, 165, 65-67.
- Castell, R. A. (1992). La identidad profesional de la Enfermera. *Revista ROL de Enfermería*, 170, 39-44.
- Cerqueira, C. (1999). Uma perspetiva filosófica do cuidar. *Enfermagem Oncológica*, nº 9, 41-45.
- Charlot, B. (2004). Educação, Trabalho: Problemáticas Contemporâneas Convergentes, *Revista Educação, Sociedade & Culturas*, 22, 9-25.
- Clayton, G. M. (1992). Investigación para comprobar la teoría de Watson. In J. R. Sisca (Ed.). *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 199-205). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Collière, M. (1989). *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (1993). Utilizacion de la Antropologia para abordar las situaciones de cuidados. *Revista ROL de Enfermería*, 179/180, 71-80.
- Correia, M^a A. B. (1996). Formar para Cuidar. *Informar*, 2(4) 5-10.
- Correia, J. A. (1989). *Inovação Pedagógica e Formação de Professores*. Porto: Edições ASA.
- Correia, J. A. (1991). Formação e mundo do trabalho. In *Manual do Formador*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Correia, J. A. (1991). Mudança Educacional e Formação: Venturas e Desventuras do Processo Social da Produção da Identidade profissional dos Professores. *Inovação*, 4(1), 149-165.

- Correia, J. A. (1992). *Dispositivos e Disposições na Formação de Adultos: a dinâmica da formatividade*. Documento policopiado.
- Correia, J. A. (1994). *Contributos para a produção de uma epistemologia das práticas formativas: análise de uma intervenção no domínio da Saúde Comunitária*. Documento policopiado.
- Correia, J. A. (1996). *Sociologia da Educação Tecnológica*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Correia, J. A. (1997). Formação e Trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. In R. Canário (Org.), *Formação e Situações de Trabalho* (pp. 13-41). Porto: Porto Editora.
- Correia, J. A. (1999). *Os “Lugares-Comuns” na Formação de Professores*. Porto: Edições ASA.
- Correia, J. A. (2008). Crise da escola e os dispositivos de compensação identitária dos professores. *Trabalho e Educação*, 17(2), 31-52.
- Correia, J. A. (2010). Trabalho e formação: crónica de uma relação política e epistemológica ambígua. *Educação e Realidade*, 35(1), 19-33.
- Correia, J. A., & Caramelo, J. (2003). Da mediação local ao local da mediação: figuras e políticas. *Revista Sociedade, Educação & Culturas*, 20, 167-191.
- Correia, J. A., & Matos, M. (2001). Da crise da escola ao escolocentrismo. In S. R. Stoer, L. Cortesão e J. A. Correia (orgs.), *Transnacionalização da educação. Da crise da educação à “educação” da crise*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 91-117.
- Correia, J. A., Fidalgo, F., & Fidalgo, N. R. (2011). A avaliação como trabalho e o trabalho como avaliação. *Educação, Sociedade e Culturas*, 33, 37-50.
- Costa, E. (1991). *Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento dos Estatutos da Identidade*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Cottrell, S. B. (2000 a). *A Comparison of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. Acedido em <http://www.clinicalsupervision.com/rol%20comparison.htm>
- Cottrell, S. B. (2000 b). *Draft Policy for Clinical Supervision*. Acedido em <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>
- Cowan, D., Norman, I., & Coopamah, V. (2005). Competence in nursing practice: a controversial concept -- a focused review of literature. *Nurse Education Today*, 25(5), 355-362.

- Cunha, A., & Peniche, A. (2007). Validação de um instrumento de registo para a sala de recuperação pós-anestésica. *Ata Paulista Enfermagem*, 20(2), 151-160. Acedido em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613009>.
- Cunha, M., & Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., ...& Andrade, V. (2010) – Atitudes do enfermeiro em contexto clínico: Uma revisão da literatura. *Revista Millenium*, 38, 271-282.
- Curie, J. (2002). Parcours professionnels et interdépendances des domaines de vie. *Education Permanente*, 150(1), 23-32.
- Custódio, S., Pereira, A. & Seco, G. (2009). Stresse e estratégias de *coping* dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico. *Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga. Universidade do Minho.
- D'Espiney, L. (1996). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto hospitalar. In R., Canário (Ed.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 169-188). Porto: Porto Editora.
- D'Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sífyso Revista de Ciências da Educação*, 6, 7-20.
- D'Espiney, L., Paiva, A., Natividade, A., Figueiredo, M. C. & Bento, M. C. (2004). *Implementação do processo de Bolonha a Nível Nacional. Grupos por área do conhecimento*. Lisboa.
- Dal Ben, L. W., & de Sousa, R. C. (2004). Adaptação de instrumentos para dimensionar horas de assistência em enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 38(1), 80-89.
- Damásio, A. R. (1994). *O Erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano* (3ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.
- Damásio, A. R. (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência* (8ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.
- Damon, W., & Lerner, R. (Eds.). (1998). *Handbook of child psychology* (pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Dias, M. F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do Enfermeiro com Grau de Licenciado*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Dixe, M. A. (2007). Opinião dos Estudantes de Enfermagem sobre a orientação em parceria, enfermeiros orientadores e docentes dos ensinos clínicos. *Revista Enfermagem*,

Nº47/48, (2ª série) 70-83. doi:10.1046/j.1365-2702.1997.00129.x10.1111/j.1365-2702.1997.tb00327.x

Domingos, A., Barradas, H., Rainha, H., & Neves, I. (1985). *A Teoria de Bernstein em sociologia da Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Domingues, B. (2003). *É bom promover a saúde e a ética*. Porto: Metanoia.

Dominicé (1998). O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais. In A. Nobre, & F. Matthias (Orgs), *O método (auto) biográfico e a formação*. (101-106) Lisboa: Pentaedro.

Draper, P., Wray, J., & Burley, S. (2013). Exploring Nurses' use of language with older people. *Nursing Older People*, 25(9), 18-23. doi:10.7748/nop2013.11.25.9.18.e509

Dubar, C. (1997). *A socialização. Construção das identidades Sociais e Profissionais*. Porto: Porto Editora.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris: PUF.

Dubar, C. (2004). Régimes de temporalités et mutation des temps sociaux. *Temporalités*, 0, 118-129.

Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade* (2ª Ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Erikson, E. (1983). *Identity: Youth and Crisis*. London: Faber and Faber.

Erikson, E. (1994). *Insight and Responsibility*. London: W.W. Norton & Company.

Erikson, E. (1998). *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: Artmed.

Escobar, L. (2004). *O Sexo das Profissões. Género e Identidade sócio-profissional em Enfermagem*. Porto: Edições Afrontamento.

Estela, M. T., Marques, J., Alves, F. C., & Feio, M. (2008) – Formação ético-deontológica dos professores do Ensino Superior – Subsídios para um debate. *Sisifo – Revista das Ciências da Educação*, 7, 89-100.

Esteves, M. (2008). Para a excelência pedagógica do Ensino Superior. *Sisifo – Revista das Ciências da Educação*, 7, 101-110.

Ezechil, L. (2006). Mentorship for Future Teachers. *Seria Stiintele Educatiei. Buletinul universitatii Petrol – Gaze din Ploiest*, 3(2), 41-47.

Faria, S. (2007). *Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência de cuidados*. Acedido em http://www.forumenfermagem.org/index2.php?option=comcontent&do_pdf=1&id=2959

- Faro, A. C. (1997). Técnica de Delphi na validação das intervenções de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*, 31(2), 259-273.
- Fazenda, M., Carolino, M., Lopes, O., Ladeiro, R., Coelho, F., & Sousa, C. (1993). Estudo do Modelo de Jean Watson. *Revista Nursing*, 67, 9-15.
- Fernandes, O. (2006). *Entre a teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Edições Lusociência.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor, Projetos e Edições, Lda.
- Fonseca, M. J. (2006). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem. Perspetiva do docente*. Coimbra: Formasau.
- Franco, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspetivas de atuação. *Investigação em Enfermagem*, 1, 32-50.
- Furlanetto, D., & Arruda, M. P. (2012). Uma questão profissional: A identidade do professor de enfermagem. *IX ANPED SUL, Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul*. Acedido em <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/2745/515>
- Gândara, M. M. (1993). Cuidar em Enfermagem – Uma novidade? *Enfermagem em Foco*, 9, 20-25.
- Garrido, A. (2004) – Uma Supervisão Clínica e Enfermagem los como condicionantes Organizacionais. *Sinais vitais*, 61(7), 11-13.
- Garrido, A. (2004). O enfermeiro e a identidade profissional. *Nursing*, 192, 34-37.
- Garrido, A., & Simões, J. F. (2007). Supervisão de alunos em Ensino Clínico. Uma reflexão. *Nursing*, 218. Acedido em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/item/2769-supervisao-de-alunos-em-ensino-clinico-uma-reflexao#.VN5HKTGsXYk>
- Garrido, A., Pires, R. & Simões, J. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gaut, D. A., & Leininger, M. (1991). *Caring: The Compassionate Healer*. New York, National Leagur for Nursing Press.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia* (4ª E.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Edições Morata S. A.
- Goffman, E. (1983). *A representação do Eu na vida cotidiana*. Petropolis: Editoria Loures.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional* (11ª Ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Graça, S. (2008). Desenvolvimento Profissional dos Professores Universitários: um contributo para a sua análise. *Sisifo – Revista das Ciências da Educação*, 7, 25-136.
- Green, B., Jones, M., Hughes, D., & Williams, A. (1999). Applying the Delphi technique in a study of GPS information requirements. *Health and Social Care in the Community* 7(3), 198-205.
- Griffin, A. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, 8(4), 289-295. doi:10.1111/j.1365-2648.1983.tb00328.x
- Griffin, A. (1994). Holismo na enfermagem: O seu significado e valor. *Nursing*, 82, 20-22.
- Grosjean, M., & Sarnin, P. (2002). Les parcours professionnels. *Education Permanente*, 150, 9-22.
- Guittet, A. (1994). *Developper les Compétences*. Paris : ESF éditeur.
- Hanson, S. M. (2004). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Henderson, A., Twentyman, M., Heel, A., & Lloyd, B. (2006). Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: an evaluation of placement models. *Nurse Education Today*, 26(7), 564-571.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.
- Huot, R. (2002). *Métodos Quantitativos para Ciências Sociais*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D., & Griffin, M. Q. (2013). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4), 479-490. doi:10.1177/0969733012458608
- Igor, É. (2010). Formação da identidade profissional de enfermagem: Uma reflexão teórica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ*, 3(3), 967-971.

- Ironside, P. M., McNelis, A. M., & Ebright, P. (2014). Clinical education in nursing: Rethinking learning in practice settings. *Nursing Outlook*, 62(3), 185-191. doi:10.1016/j.outlook.2013.12.004
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science editions.
- Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x
- Josso, C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.
- Kitchen, S. (1999). An appraisal of models of reflection and clinical supervision. *British Journal Of Theatre Nursing*, 9(7), 313-317.
- Kolb, D. (1984). *Experimental Learning. Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice Hall P T R, Englewood Cliffs.
- Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal Of Adolescence*, 33(5), 683-698. doi:10.1016/j.adolescence.2009.11.002
- Kroll, L. (1998). The Effect of a School-University Partnership on the Student teaching Experience. *Teacher Education Quartely*, 24(1), 37-52.
- Landeta, J. (1999). *El Método Delphi: Una técnica para prevision de la incertidumbre*. Barcelona: Editorial Areal.
- Landsheere, V., & Landsheere, G. (1983). *Definir os objetivos da educação* (4ª ed.). Lisboa: Morais Editora.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competências em enfermagem*. Lisboa: Lusodidata.
- Le Boterf, G. (1995). *De La Competence – Essai sur un attracteur étrange* (2ª ed.). Paris: Les Éditions D' Organisation.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas. Resposta a 80 questões*. Porto: Edições Asa.
- Leininger, M. (1988). *Transcultural nursing: concepts, theories and practices*. New York: John Wiley.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing : concepts, theories, resarch & pratices*. Detroit, McGraw-Hil.

- Lesne, M. (1977). *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lesne, M. (1984). *Lire les pratiques de socialisation et formation des adultes*. Paris: Ediling.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas* (2ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget
- Lima, J., & Pacheco, J. (2006). *Fazer Investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto: Porto Editora.
- Lindberg, E. (2006). Competence in critical care: what it is and how to gain it: a qualitative study from the staff's point of view. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 25(2), 77-81.
- Lipiansky, E. M. (1998). L'identité personnelle; Comment se forme l'identité des groupes. In, J. Bordan (Coord.), *L'identite: L'individu, Le groupe, La société* (pp 21-30). Auxerre: Éditions Sciences Humaines, Diffusion Presses Universitaires de France.
- Longarito, C. (2002). O ensino clínico : a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5, 26-33.
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Losa Iglesias, M. E., & de Bengoa Vallejo, R. B. (2011). Personal and Interpersonal Value System, Self-Perception and Identity of Spanish Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal Of Beliefs & Values*, 32(3), 281-294.
- Luyckx, K., Goossens, L., Beyers, W., & Soenens, B. (2006). Brief Report: The Ego Identity Process Questionnaire: Factor Structure, Reliability, and Convergent Validity in Dutch-Speaking Late Adolescents. *Journal Of Adolescence*, 29(1), 153-159.
- Madureira Pinto, J. (1991). Considerações sobre a Produção Social de Identidade. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.
- Malglaive, G. (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.
- Marcia, J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 3(5), 551-558. doi:10.1037/h0023281
- Marcia, J. E. (1967). Ego identity status: relationship to change in self-esteem, 'general maladjustment,' and authoritarianism. *Journal Of Personality*, 35(1), 118-133. doi:10.1111/1467-6494.ep8934593
- Marcia, J. E. (1976). Identity Six Years After: A Follow-up Study. *Journal of Youth and Adolescence*, 5(2), 145-160.

- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In Adelson, J., Wiley, & Sons (Eds.), *Handbook of Adolescence Psychology* (pp. 159-187). New York: Wiles & Sons.
- Marcia, J. E. (1983). Some directions for the investigation of ego development in early adolescence. *The Journal Of Early Adolescence*, 3(3), 215-223. doi:10.1177/0272431683033004
- Marcia, J. E. (1986). Clinical implications of the identity status approach within psychosocial development theory. *Cadernos de Consulta de Psicológica*, 2, 23-24.
- Marcia, J. E. (1989). Identity and intervention. *Journal Of Adolescence*, 12(4), 401-410. doi:10.1016/0140-1971(89)90063-8
- Marcia, J. E. (2001). A Commentary on Seth Schwartz's Review of Identity Theory and Research. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 1(1), 59-65. doi: 10.1207/S1532706XMARCIA
- Marcia, J. E. (2002). Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2(1), 7-28. doi:10.1207/S1532706XID0201_02
- Margarinos-Torres, R., Osório-de-Castro, C. & Pepe, V. (2007). Critérios e indicadores de resultado para a farmácia hospitalar Brasileira utilizando o método de Delfos. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (8), 1791-1802.
- Mariz, M. (1995). Cuidar – Que realidades? Que contradições. *Enfermagem em Foco*, 5 (Especial/Dezembro), 20-21.
- Marques, F. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de Enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de Enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 51, 53-171
- Marriner, A. (1989). *Modelos e teorias de enfermería*. Barcelona: ROL.
- Martins, M., & Dias, M. (2010). Representação Socioprofissional dos enfermeiros – Perceção dos utentes. *Millenium – Revista do IPV*, 38, 253-269.
- Martins, S., Andrea, P., Forcella, T. & Hideko (2006). Sistemas de classificação de pacientes na especialidade de enfermagem psiquiátrica. *Atas Paul Enferm*, 19(1), 62-69. Acedido em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023805010>
- Mayer, J., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied & Preventive Psychology*, 4(3), 197-208. doi:10.1016/S0962-1849(05)80058-7
- Mayer, J., & Salovey, P. (1990). *Emotional Intelligence*. Baywood Publishing CO. Acedido em

http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EmotionalIntelligenceProper/EI1990%20Emotional%20Intelligence.pdf

- Mayer, J., & Salovey, P. (1993). The Intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 17, 433 - 442.
- Mayeroff, M. (1990). *On Caring*. New York: Harper Perennial.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: Developments and Progress* (2^a ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances In Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, M. (1995). O cuidar como característica humana. *Servir*, 43(2), 59-61.
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros. A excelência do Cuidar*. 1^a edição. Editorial Novembro.
- Miller, T. (2005). The dedicated education unit: a practice and education partnership. *Nursing Leadership Forum*, 9(4), 169-173.
- Miles, M., & Huberman, A. (1990). *Qualitative data analysis – a sourcebook of new methods*. Newburg Park, California: SAGE Publications, Inc.
- Monteiro, F. (2010). Relações Supervisivas e desenvolvimento da Profissionalidade do aluno de enfermagem. Acedido em <http://comum.reaap.pt/handle/123456789/2084>
- Moreira, C., Hortale, V., & Hartz, Z. (2004). Avaliação da Pós-graduação e buscando consenso. *Revista Brasileira de pós-graduação*, 1, 26-40.
- Morin, E. (1999). *Os sete saberes para a educação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., & Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances In Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Moscato, S., Miller, J., Logsdon, K., Weinberg, S., & Chorpenning, L. (2007). Dedicated education unit: an innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*, 55(1), 31-37.
- Moya, J. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto e Contexto Enferm.*, 15(2), 303-311.

- Newton, C. (1993). *Modelo de Roper-Logan-Tierney. Aplicación Práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Nóvoa, A. (1992). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: D. Quixote.
- Nóvoa, A. (1998). A formação tem que passar por aqui: As histórias de vida no projecto prosalus. In A. Nóvoa & Finger, M. (Eds.), *O método auto (biográfico) e a formação* (pp. 107-130). Lisboa: MS/DRHS.
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(9/10), 1411-1423. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04334.x
- Ogg, C. & Paganini, M. (2008). Ensino Clínico: Significado para o académico de enfermagem. *Boletim de Enfermagem, Curitiba*, 2, 23-35.
- Okura, M., Uza, M., Izumi, H., Ohno, M., Arai, H., & Saeki, K. (2013). Factors that affect the process of professional identity formation in public health nurses. *Open Journal Of Nursing*, 3(1), 8-15. doi:10.4236/ojn.2013.31002
- Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa* (3ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Oliveira, I. (2010). Orientação de estudantes em contexto da prática clínica. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/3798>
- Oliveira-Formosinho, J. (1997). Em Direção a um Modelo Ecológico de Supervisão de Educadores de Infância. *Inovação*, 10(1), 89-110.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002a). *A Supervisão na Formação de Professores I. Da sala à Escola*. Porto: Porto Editora.
- Oliveira-Formosinho, J. (2002b). *A Supervisão na Formação de Professores II. Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora.
- Oner Altıok, O. & Ustun, B. (2013). The Stress Sources of Nursing Students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(2), 760-766
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pacheco, J. A. (2003). Competências curriculares: as práticas ocultas nos discursos das reformas. *Revista de Estudos Curriculares*, 1, 59-77.
- Palma, A., Lima, M. F., Bacelar, M. M., Gonçalves, M. M., & Ferreira, R. (1995) – O cuidar profissional. *Servir*, vol 43, nº1, 4-8.
- Parse, R. (1987). *Nursing Science. Major Paradigms, Theories, and Critiques*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Parse, R. (1992). Hombre-vida-salud. Una teoría de enfermería. In J. R. Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 207-210). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Patricio, B. (2009). *Noticias UP*. Acedido em http://noticias.up.pt/nm_quemsomos.php?id=156
- Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales em enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodimánica*. Barcelona: Salval Ed. S.A.
- Peplau, H. (1992). *Modelo de Peplau – Aplicación práctica*. Barcelona: Salval Ed. S.A.
- Pereira, A. (2011). *SPSS Guia Prático de Utilização. Análise de dados para as Ciências Sociais e Psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Petit, & Dubois (1988). *Introdução à Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Petit, A. (1982). *Production de l' école - Production de la société*. Genève: Librairie Droz SA.
- Petit, A. (1989). *Les Infirmières. De la vocation à la profession*. Quebec: Boreal.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2003). Tendências atuais da formação em enfermagem. In C. Gadbois (Ed.), *Gestão, formação e investigação em enfermagem: partilha de experiências*. Vol. 2. Coimbra: Direção de Enfermagem do HUC.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pierre, C. M. (1993). Apprendre par la formation en alternance. *Education Permanente*, 115, 141-151.
- Pimentel, D., Completo, M., & Coelho, V. (1991). A Estrutura das identidades no quotidiano do trabalho. O Caso dos profissionais de Enfermagem. *Revista de Sociologia, Problemas e Práticas*, 9, 43 -56.
- Pimentel, M. H. (2000). Enfermagem: Identidade e Representações num contexto em Mudança – A perspetiva de dois grupos de alunos. *Revista Referencia*, 4, 31-37.
- Piola, S., Vianna, S. M., & Vivas-Consuelo, D. (2002). Estudo Delphi: Atores sociais e tendências do sistema de saúde Brasileiro. *Cadernos de saúde Publica*, 18, 181-190.
- Pires, A. L. O. (1994). As novas Competências Profissionais, *Revista Formar*, 10, 4-19.
- Pires, R., Morais, E., Santos, M. R., Kock, M. C. Sardo, M. D. & Machado, P. (2004). Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 54. Acedido em: <http://supervisaoclinicanaenfermagem.wikidot.com/supervisao-clinica>
- Portugal, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDInE.
- Pugliese, L. (1992). La teoría de hombre-vida-salud: un análisis. In J. R. Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermeria* (pp. 212-215). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Queirós, A. (1999). *Empatia e Respeito – dimensões centrais na relação de ajuda*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Queirós, A., Silva, L. C. C. & Santos, E. M. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Quivy, R., & Campenhoudt (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ranse, K., & Grealish, L. (2007). Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal Of Advanced Nursing*, 58(2), 171-179. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04220.x
- Reis, I. B. (1993). Para a Construção de um Currículo de Formação Pessoal e Profissional, *Inovação*, 6(3), 345-364.
- Reis, J. (1998). *O sorriso de Hipócrates – integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Editora Vega.

- Ribeiro, J. S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. (Portuguese). *Revista De Enfermagem Referência*, 3(5), 27-36.
- Ribeiro, O. & Cunha, M. (2010). Contributo dos enfermeiros na Formação Pré-graduada. *Millenium*, 41, 123-144.
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Socio-Moral*. Lisboa: Educa – Formação.
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Roach, S. M. (1987). *The Human Act of Caring*. Ottawa : Publications Canadian Hospital Association.
- Rocha, I. & Carvalho, A. (2013). Reflexões sobre relação e interação supervisiva em ensino clínico de enfermagem. *Rev Rene*, 14(2), 428 - 37.
- Rodrigues, Â., Nascimento, C., Antunes, L., Mestrinho, G., Serra, M., Madeira, R.,...& Lopes, V. (Orgs). (2007). *Processos de formação Na e Para a prática de cuidados*. Lisboa: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A. J. (1985 a). *Modelo de Enfermeria* (2ª ed). São Paulo: Interamericana, Mcgraw-Hill.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A. J. (1985 b). *Processo de Atención en Enfermeria*. São Paulo: Interamericana, Mcgraw-Hill.
- Rosário, P. (2006). *Comprometer-se com o estudar na Universidade: Cartas de Gervásio ao seu umbigo*. Coimbra: Edições Almedina.
- Rua, M. (2011). A reflexão como estratégia de desenvolvimento de competências em contexto de Ensino Clínico. Acedido em <http://webs.uvigo.es/xie2011/No%20Vigo/XIE2011-053.pdf>
- Sabino, D. (2008). *Inteligência emocional – a importância de ser emocionalmente inteligente*. Acedido em <http://www.ife.pt/po/expo-rh/pdf/4-DulceSabino-ERSI.pdf>>
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Unidade de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores.
- Sá-Chaves, I. (2002). *A Construção de Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Lisboa: Edição Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.

- Sá-Chaves, I. (2005). *Os "Portfolios" Reflexivos (Também) Trazem Gente Dentro*. Porto: Porto Editora.
- Sá-Chaves, I. (2007). Cultura, Conhecimento e Identidade. *Universidade e Contemporaneidade. Saber (e) Educar*, 12, 9-28.
- Sacristán, J. G. (1993). Consciência y accion sobre la pratica como liberacion profesional de los profesores. *La formacion permanente del profesorado en los países de la CEE* (pp. 53-72). Barcelona: ICE/Horsori.
- Samaniego, V. C., & Cárcamo, S. (2013). The nursing image and professional identity. The future of a construction. *Investigacion & Educacion En Enfermeria*, 31(1), 54-62.
- Sansaulieu, R. (1985). *L' identité au travail* (2ª ed.). Paris: FNSP.
- Sansaulieu, R. (1993). La valeur travail. *Education Permanente*, 116(3), 159-172.
- Sansaulieu, R. (1997). *Sociologia da Empresa. Organização, Cultura e Desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sansaulieu, R., & Segrestin, (1986). Vers une théorie sociologique de l'entreprise, *Sociologie du Travail*, 3, 335-352.
- Santos & Amaral (2004). Estudos Delphi com Q-Sort sobre a Web: A utilização em sistemas de informação. Conferência da Associação Portuguesa de Sistemas de Informação, Lisboa, APSI, *Atas da 5ª Conferência*. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/2280>
- Santos, Boaventura de Sousa (1989). Da ideia de Universidade à Universidade das ideias, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (27-28), 11-62
- Santos, H. (2003). Porque o cuidar, cuida...!!!. *Sinais Vitais*, 49, 9-10.
- Schön, D. A. (1992). Formar Professores como Profissionais Reflexivos. In A. Nóvoa (Ed.), *Os professores e a sua formação* (pp. 79-92). Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Schwartz, S. J., Mullis, R. L., Waterman, A. S., & Dunham, R. M., (2000). Ego Identity status, Identity styles and personal expressiveness: An empirical Investigation of three convergent constructs. *Journal of Adolescent Research*, 15 (4), 504-521.
- Sedikides, C., & Strube, M. J. (1997). Self-Evaluation: To thine own self be good, to thine own self be sure, to thine own self be true, and to time own self be better. In: M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp 209-269). New York: Academic.

- Serra, M. (2006). Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros da prática clínica: a perspetiva dos atores. *Associação Portuguesa de Enfermeiros Investigar para melhor Cuidar*. Lisboa: APE.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo – Revista de Ciências da Educação*, 5, 69-80.
- Severinsson, E., & Sand, A. (2010). Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. *Journal Of Nursing Management*, 18(6), 669-677. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01146.x
- Shepherd, J. (2014). Messy boundaries: the benefits to teenage patients of being cared for by young nursing students. *Nursing Children & Young People*, 26(3), 21-25.
- Silva, A. M. C. (2003). *Formação Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A. M. C. (2007). *Formação. Espaço-tempo de mediação na construção de Identidade (s)*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Silva, A., & Pinto, J. M. (Orgs.) (1986) - *Metodologia das Ciências Sociais* (8ª ed.). Biblioteca das Ciências Sociais. Edições Afrontamento: Porto.
- Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação de enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*, 103-118. Acedido em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/8.pdf>
- Silva, E. (1997). Formação em Alternância no Ensino de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 13(3), 21-24.
- Silva, J. N. (2012). *A morte e o morrer entre o deslugar e o lugar. Precedência da antropologia para uma ética da hospitalidade e cuidados paliativos*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, R., & Tanaka, O. Y. (1999). Técnica de Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Revista Esc. Enf. USP*, 33(3), 207-216.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes em Ensino Clínico. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 113-122.
- Simão, A. M., Flores, M. A., Fernandes, S., & Figueira, C. (2008). Tutoria no Ensino Superior: concepções e práticas. *Sisifo – Revista das Ciências da Educação*, 7, 75-88.
- Simeão, M. J. (1993). Análise do Modelo Conceptual de Enfermagem de Jean Watson. *Revista Servir*, 41(5), 261-270.
- Simões, A. C. (1881). *Criação da Primeira Escola de Enfermagem do Pais* (pp. 333-340). Coimbra: Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca. Coimbra.

- Simões, J., & Garrido, A. F. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 16(4), 599-608.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008) – Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 2(6), 91-108.
- Simões, J., Belo, A. P., Fonseca, M. J., Alarcão, I., & Costa, N. (2006). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: três olhares cruzados. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 3-15.
- Smith, C., & Boyd, P. (2012). Becoming an academic: the reconstruction of identity by recently appointed lecturers in nursing, midwifery and the allied health professions. *Innovations In Education & Teaching International*, 49(1), 63-72. doi:10.1080/14703297.2012.647784
- Smith, M. J. (1992). Investigación y aplicación práctica relacionada con la teoría hombre-vida-salud. In J. R. Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 217-224). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Sood, A., & Driscoll, J. (2004). Clinical Supervision in Practice: a working model. Macmillan Voice Sharing Goog Practice, 29. Acedido em <http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20&%20Radiography%20%28Driscoll%20&%20Sood%202004%29.pdf>
- Sousa, P., Frade, M. H., & Mendonça, D. M. (2005). Um modelo de organização e partilha de Informação de Enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde: Estudo Delphi. *Acta Paul. Enferm.*, 18(4), 368-381.
- Spinola, A. W. (1984). *Delfos: Proposta Tecnológica Alternativa*. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica, USP.
- Spradley, J. (1980). Participant Observation. United Kingdom: Wadsworth Group, Thomson Learning.
- Stenhouse, L. (1984). *Investigacion y desarrollo del curriculum*. Madrid: Ediciones Morata SA.
- Tabari-Khomeiran, R., Kiger, A., Parsa-Yekta, Z., & Ahmadi, F. (2007). Competence development among nurses: the process of constant interaction. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 38(5), 211-218.
- Tajfel, H. (1981). Grupos Humanos e Categorias Sociais (Vol I). Lisboa: Livros Horizonte.
- Tajfel, H. (1981). Grupos Humanos e Categorias Sociais (Vol II). Lisboa: Livros Horizonte.

- Tavares, D. (2008). Identidade, socialização e processo de profissionalização: contributos sobre de um estudo sobre os técnicos de cardiopneumologia. *Sisifo – Revista de Ciências de Educação*, 6, 35-44.
- Tavares, J., & Alarcão, I. (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Vaismoradi, M., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2011). Perspectives of Iranian male nursing students regarding the role of nursing education in developing a professional identity: A content analysis study. *Japan Journal Of Nursing Science*, 8(2), 174-183. doi:10.1111/j.1742-7924.2010.00172.x
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J., Monteiro, M. B., Lima, L., & Caetano, A. (1995). *Psicologia Social das Organizações. Estudos em Empresas Portuguesas* (2ª ed). Oeiras: Celta Editora.
- Vieira, F. (1993). Observação e Supervisão de professores. In F. Sequeiro (Org.), *Dimensões da Educação em língua estrangeira* (69-90). Braga: Universidade do Minho.
- Vieira, F. (2007). A construção de projetos de investigação – Uma experiência na formação pós-graduada de docentes. In A. Barca, M. Peralbo, A. Porto, B. Duarte e Silva, & L. Almeida (Eds.), *Livro de Atas do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Coruna: Universidade de Coruna.
- Vieira, R. (2009). *Identidades Pessoais: Interações, campos de possibilidades e metamorfoses culturais*. Lisboa: Edições Colibri.
- Waldow, V. R., Lopes, M. J., & Meyer, D. M. (1995). *Maneiras de cuidar. Maneiras de ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto: Artes Médicas.
- Wan Chik, W., Salamonson, Y., Everett, B., Ramjan, L., Attwood, N., Weaver, R., & ... Davidson, P. (2012). Gender difference in academic performance of nursing students in a Malaysian university college. *International Nursing Review*, 59(3), 387-393. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.00989.x
- Waterman, A. (2007). Doing Well: the relationship of identity status to three conceptions of well-being. *Identity: An International Journal of the theory and Research*, 7(4) 289-307.
- Watson, J. (1989). *Nursing: Human Science and Human Care: a Theory of nursing* (2ª ed). New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In J. R. Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (179-192). Barcelona: Ediciones Doyma.

- Watson, J. (2005). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- White, R., & Ewan, C. (2002). *Clinical Teaching in Nursing*. London: Chapman & Hall.
- Williams, P. L., & Webb, C. (1994). The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal Of Advanced Nursing*, 19(1), 180-186. doi:10.1111/1365-2648.ep8540360
- Witt, R., Almeida, M. C., & Araújo, V. (2006). Nurses' competencies in primary health care: a Delphy technique study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3). Acedido em <http://www.objnursing.uff.br//index.php/nursing/article/view/546/124>
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso planejamento e métodos* (3ª ed). Porto Alegre: Bookman.

Teses e Dissertações

- Abreu, M. (2005). *Identidades das grávidas Adolescentes: Integração do Sistema Familiar e das Perspetivas individuais de desenvolvimento* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Abreu, W. (1994). *Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros. Subsidio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Abreu, W. (1998). *Identidades, formação e trabalho: Da formatividade configuração identitária dos enfermeiros (estudos multicase)* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Agostinho, L. (2008). *Competência emocional dos enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos* (Tese de mestrado não publicada). Seção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade Aveiro, Aveiro.
- Aguiar, M. (2013). *Supervisão de ensinios clínicos de enfermagem. Perspetivas e vivências de enfermeiros orientadores* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Almeida, T. (2006). *Contributos da Supervisão na gestão do Stresse dos alunos em Ensino Clínico* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade Aveiro, Aveiro.
- Amendoeira, J. (1999). *A formação em enfermagem: Que conhecimentos? Que contextos? Um estudo etnosociológico* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Amendoeira, J. (2004). *Entre preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem. Uma transição inacabada* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Amiguinho, A. (1992). *Formação e Inovação: O projecto "Eco" em Arronches: Um estudo de caso centrado na vivência e na apropriação do percurso de formação pelos professores* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Araújo, B. (2005). *Vivências, Satisfação e Rendimento Académicos em Estudantes de Enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Barbosa, C. (1996). *Que cuidado de Enfermagem?...* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Barroso, I. (2009). *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e fatores geradores de stress nos estudantes* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Belo, A. P. (2003). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem - Perspetiva do Aluno* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Borges, Catarina (2010). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Candido, A. (2004). *Interação Enfermeiro/Doente: Acontecimentos marcantes na vida dos enfermeiros e o seu significado na construção da Identidade Profissional* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- Carvalho, A. L. (1996). *Fatores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, A. L. (2002). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem. Realidade e alternativas* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Correia, A. (1993). *Formação e identidade profissional dos enfermeiros de saúde comunitária* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Correia, M. C. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros de UCI* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Correia, M. M. (2004). *Identidade Profissional e Supervisão clínica das Práticas Clínicas: Estudo de Caso centrado nos Enfermeiros Chefes e Responsáveis de Serviço* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Costa, E. (1986). *Estatutos dos Estudantes Universitários* (Dissertação apresentada para provas de aptidão científica e capacidade pedagógica, não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Porto, Porto.
- Costa, E. (1990). *Contextos Sociais de Vida e Desenvolvimento dos Estatutos da Identidade. Um estudo longitudinal junto de Estudantes Universitários* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Porto, Porto.
- Costa, M. L. (2011). *Mais Saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Cruz, S. (2004). *Enfermeiros tutores enquanto sujeitos do processo ensino/aprendizagem: Valorização de características por alunos, docentes e enfermeiros* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Cunha, A. (2008). *Supervisão das Práticas Clínicas: O caso particular da utilização dos sistemas de informação em Enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade Aveiro, Aveiro.
- D' Espiney, L. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: Produção de cuidados e reconstrução identitária* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Dias, M. E. (2010). *Supervisão dos estudantes em ensino clínico: A intervenção do tutor* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade Aveiro, Aveiro.
- Escobar, L. (1995). *Identidade sócio-profissional e género. Contributos para o estudo da Enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Esteves, A. (2012). *A Construção da Identidade profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório* (Tese de mestrado não publicada). Escola superior de Ciências Empresariais do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Fernandes, A. (2014). *Dotação segura em enfermagem e a cultura de segurança: subsídios para a segurança do doente*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade de León. León.

- Fernandes, H. (1999). *Da Competência em Enfermagem Pediátrica. Contextos e saberes* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, M. H. (2001). *O auto-conceito em adolescentes Pré-Universitários* (Dissertação para apresentação de provas públicas para Professor Coordenador da carreira docente). Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, Coimbra.
- Fernandes, M. I. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ferreira, M. J. (2006). *Supervisão e Desenvolvimento de Competências na Relação de Ajuda em Enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Ferreira, S. (2008). *Primeiro ensino clínico na perspetiva do estudante: das expectativas à prática* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Fonseca, M. J. (2004). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem- perspetiva do docente* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Frade J. (1999). *Estudo da relação de ajuda no curso de bacharelato em Enfermagem* (Dissertação apresentada para provas públicas para Professor Coordenador). Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto.
- Franco, J. (1999). *Orientação de Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Garrido, A. (2004). *A supervisão Clínica e a Qualidade de vida dos enfermeiros* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Gonçalves, M. I. (2006). *Mudar ou não de hospital? Contributos da identidade profissional e organizacional no grupo dos enfermeiros* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Henriques, M. C. (2002). *Formação inicial e construção identitária* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Lemos, E. (2008). *Profissão de enfermeiro. Compreensão Sociológica da Identidade profissional* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

- Martins, C. (2009). *Competências desejáveis dos supervisores em ensino clínico: Representações dos alunos de enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Mestre-Escola, S. (2005). *A Enfermagem e o Contexto do Trabalho Hospitalar: O caso do Hospital do Espírito Santo de Évora* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Sociologia da Universidade de Évora, Évora.
- Mestrinho, M. G. (2011). *Profissionalismo e competências dos professores de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Neto, J. (2006). *Competências expressas pelos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem no Ensino Clínico de Enfermagem Pediátrica* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Novo, S. (2011). *Gestão da Supervisão do Ensino Clínico em Enfermagem: Perspetivas dos enfermeiros orientadores do CHNE, EPE* (Tese de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Oliveira, P. (2010). *Auto-eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: Perceção dos Estudantes Finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Portucalense Infante D. Henrique, Porto.
- Paiva, L. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem. O stress dos tutores e a influência no apoio percebido pelos estudantes*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Pedro, A. (2011). *Percursos e identidades. A (Re)Construção da identidade profissional do docente de enfermagem: o olhar dos docentes* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Instituto de Ciências da Educação, Lisboa.
- Petronillo, F (2006). *Preparação do Regresso a casa: a evolução do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após o domicílio* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Pinto, C. (2011). *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto de formação inicial dos enfermeiros* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Pires, A. L. O. (2002). *Educação e Formação ao longo da vida: Análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Pires, R. (2004). *Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: Contributos para a definição de uma política organizacional* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Reis, L. (1996). *Alunos de Enfermagem: Da Formação ao Desenvolvimento da Profissionalidade* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Reis, L. (2006). *Identidade Profissional dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem* (Dissertação para apresentação de provas públicas para Professor Coordenador). Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, Porto.
- Rodrigues, E. (2005). *Avaliação de desempenho dos enfermeiros e percepção da Justiça Organizacional* (Tese de mestrado não publicada). Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Rodrigues, N. (2012). *Contratos de Aprendizagem em Enfermagem: Uma mais-valia para os estudantes*. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Rua, M. (2009). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sá-Chaves, I. (1994). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sales, A. M. (2008). *Representação social da Imagem do Enfermeiro* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- Santos, E. (2009). *A aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Serra, M. (2011). *Aprender a Ser Enfermeiro. A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de Competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* (Tese de doutoramento não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Silva, A. M. (2005). *Formação e Construção de Identidades: Um estudo de caso centrado na equipa multidisciplinar* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto de Educação e Psicologia, da Universidade do Minho, Braga.

- Silva, M. (2004). *A construção das Práticas de Enfermagem pelos Recém-Formados* (Tese de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Simões, A. (2008). *Motivações e expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem – Estudo numa escola da área de Lisboa* (Tese de mestrado não publicada). Universidade Aberta, Lisboa.
- Simões, J. (2004). *Supervisão em ensino clínico: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Soares, C. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Sousa, M. (1996). *Da formação dos enfermeiros à construção da identidade dos professores de enfermagem: contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de saúde* (Tese de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Talaia, A. (2007). *A aprendizagem em contexto clínico: um estudo ecológico e comparativo* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Varandas, M. L. (2008). *Formação e Supervisão das Práticas Clínicas: Uma Abordagem Ecológica* (Tese de mestrado não publicada). Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, Aveiro.

Legislação Consultada e Referenciada

- DECRETO-LEI n.º 480/88. Diário da República I Série – A. n.º 295 (23-12-1988) 5070-5072.
- DECRETO-LEI n.º 437/91. Diário da República I Série – A. n.º 257 (08-11-1991) 5723-5741
- DECRETO-LEI n.º 161/96. Diário da República I Série – A. n.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- Portaria n.º 821/89. D. R. I Série n.º 213 (15-09-89), 4125.
- Portaria n.º 195/90. D.R. I Série n.º 64 (17-03-90), 1331.
- Portaria n.º 799-D/99. D.R. I Série –B 219 (18-09-99), 6510-6512.

Documentos Consultados não Publicados.

Plano de Estudos da Escola Superior de Enfermagem em estudo.

Guião da Prática Clínica - 2º ano - da Escola Superior de Enfermagem em estudo.

Folhas de avaliação dos Ensinos Clínicos I e II da Escola Superior de Enfermagem em estudo.

Operacionalização da Grelha de Avaliação dos Ensinos Clínicos I e II da Escola Superior de Enfermagem em estudo.

Relatórios efetuados pelos estudantes:

Relatórios semanais dos Ensinos Clínicos I e II.

Relatórios finais dos Ensinos Clínicos I e II.

Relatório Final de Ano Letivo.

Estudos de Caso elaborados pelos estudantes sujeitos a observação participante nos Ensinos Clínicos I e II.

Relatórios de Ensino Clínico elaborados pelos tutores não sujeitos a observação participante.



**LAURA MARIA
ALMEIDA REIS**

**RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA
IDENTIDADE PROFISSIONAL**

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

ANEXOS



**LAURA MARIA
ALMEIDA REIS**

**RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA
IDENTIDADE PROFISSIONAL**

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Educação – Ramo: Supervisão e Avaliação, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e Coorientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Bolsa de Investigação atribuída pela FCT, financiada pelo POPH – QREN, comparticipada pelo FSE e por fundos nacionais do MCTES

ANEXOS

ANEXO I

Autorização EIPQ

De: "NANCY BUSCH" <busch@Fordham.edu>
Assunto: Re: Permission to utilize EIPQ
Data: Dom, Junho 22, 2008 5:22 pm
Para: laurareis@esenf.pt

Dear Laura,

With the goal of keeping the number of versions of the EIPQ as low as possible, I have been exploring the appropriateness of the Abreu Portuguese version of the EI for studies in Brazil and Mozambique. With the process of decentering, we hoped develop one Portuguese version for all Lusophone countries. After considerable consultation and work on translation here, I have decided that this goal is not realistic at this time.

Accordingly, I am attaching the standard permission form for the use of the EIPQ. When you have returned this form to me (e-mail of a pdf is fine), you will have permission to use the Portuguese version of the EIPQ.

I apologize for the delay in providing this permission and hope that your studies will be fruitful. I look forward to receiving the results.

NBR

Nancy A. Busch-Rossnagel, Ph.D.
Dean, Graduate School of Arts and Sciences
Chief Research Officer/Associate Vice-President of Academic Affairs
Professor of Psychology
Fordham University
Keating Hall 222
441 E. Fordham Rd.
Bronx, NY 10458
718.817.4400 phone | 718.817.4474 fax
busch@fordham.edu | www.fordham.edu/gsas

laurareis@esenf.pt

06/05/2008 10:18 AM ZE2

To

busch@fordham.edu

cc

bcc

Subject

> Prof Wilson Abreu, an active member of The Society for Research on
> Identity Formation (Miami), and we are working with Marcia's theories on
> Identity Formation.
>
> One of my colleagues, Prof. Margarida Abreu translated, with your
> permission, the "Ego Identity Process Questionnaire" (Balisteri, E.;
> Busch-Rossnangel, N. and Geisinger, K., 1995) to Portuguese. Considering
> that it can be important to my study, I'm writing this message to ask
> for
> your permission to utilize the Questionnaire (Portuguese Version). Please
> let me know as soon as possible your opinion about this.
>
> Looking forwards to hearing from you.
>
> Kindest regards
> Laura Reis
> Oporto School of Nursing, Porto, Portugal
>
>

Anexos

permission letter.pdf	
Tamanho	75 k
Hora	application/pdf



FORDHAM UNIVERSITY

THE JESUIT UNIVERSITY OF NEW YORK

GRADUATE SCHOOL OF
ARTS AND SCIENCES
OFFICE OF THE DEAN

Dear Colleague:

Thank you for your request for the Ego Identity Process Questionnaire (EIPQ). We want the EIPQ to be used as broadly as possible, and we want to be able to know as much as possible about the instrument by coordinating feedback from those who are using it. Thus, there needs to be some standardization across investigators. We have proposed some guidelines for use of the EIPQ, which we ask colleagues to follow.

- (1) You will not modify the EIPQ without written approval from the scale developers.
- (2) You will not distribute copies of the measure to others without written approval from the scale developers. We will be glad to grant requests made directly by them.
- (3) You may use the measure for one study or two years from the date that it is received by you. Renewed authorization for use may be obtained by written request to the scale developers. We will send you any revisions or updates.
- (4) You agree to report the results of your use of the EIPQ to the scale developers after each study or two years of use, whichever is sooner.
- (5) In some cases, we would like to pool raw data to obtain a larger or more diverse sample. We hope that in such cases you will share your EIPQ data with us.

In recognition of and agreement with the above conditions, we request that you sign the bottom of this form. Please make a copy for your records and send the original back to me. Thank you for your cooperation. As we continue to gather information on the EIPQ we shall, of course, share it with you.

Sincerely,

Nancy A. Busch-Rossnagel
Professor

Name (printed or typed): LAURA MARIA DE ALMEIDA REIS

Signature: Laura Maria Almeida Reis

Organization: UNIVERSIDADE DE AVEIRO - PORTUGAL

Address: RUA DE PAREDES 1360 - PORTO - 4100-374 - PORTUGAL

Date: 22 de junho de 2009

ANEXO II

Questionário de Competências (Peritos) – 1ª volta

RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

(CONSTRUÇÃO DE UM INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS)

Elaborado por:

Laura Maria Almeida Reis

Porto, Fevereiro de 2008

NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário insere-se no quadro de uma investigação subordinada ao tema “*Relação Supervisiva e desenvolvimento da Identidade Profissional: Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de enfermagem*”, em curso na Universidade de Aveiro e no contexto de um Doutoramento em Didática.

Trata-se de um instrumento dirigido a docentes de enfermagem e a enfermeiros da prática clínica com formação e experiência em supervisão de estudantes em estágio, considerados para este fim como peritos. Tem como objectivo colher opiniões para a construção de um “inventário de competências” a aplicar a estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em contexto de ensino clínico. Para o efeito, como poderá verificar, incluímos um conjunto de competências, definido com base na listagem de competências dos enfermeiros de cuidados gerais consignadas pela Ordem dos Enfermeiros/OE (OE, 2004). As competências encontram-se agregadas em diversas dimensões.

O que lhe é solicitado é que, **para cada uma das competências listadas**, se pronuncie sobre:

- a **adequabilidade de cada uma** para um estudante no final do segundo ano **da sua Formação Inicial**.

Assim é-lhe pedido que numa escala de “nada adequada” a “muito adequada”, avalie em que medida cada uma das competências deve ter sido desenvolvida pelo estudante, tendo em conta o estágio de aprendizagem que este frequenta num determinado Curso de Licenciatura em Enfermagem. Para conhecer o estágio de aprendizagem do estudante da Licenciatura em causa, antes do inventário serão enumerados os objectivos dos diversos segmentos de formação por ele frequentados, na secção designada por “**QUADRO DE REFERENCIAS – FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES ATÉ AO FINAL DO 2º ANO DO CURSO EM ANALISE**”. Daremos realce aos objectivos dos ensinamentos clínicos de Medicina e Cirurgia uma vez que o “Inventário de Competências” será aplicado no final de cada um destes momentos.

Para cada uma das dimensões das competências referidas poderá sempre acrescentar outra(s) que considere relevante(s) tendo em conta o perfil do estudante em causa.

Com base na resposta dos peritos seleccionaremos o leque final de competências que um estudante no final do 2º ano do Curso em causa deverá ter desenvolvido.

Por favor exprima a sua opinião em relação às questões indicadas, não deixando nenhuma por responder.

Obrigada pela colaboração

Porto, Fevereiro de 2008

(Laura Maria Almeida Reis)

QUADRO DE REFERÊNCIAS – FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES ATÉ AO FINAL DO 2º ANO DO CURSO EM ANALISE.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem, dos estudantes a envolver no estudo, tem a duração de 4600 horas distribuídas por oito semestres.

O plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem dos estudantes em estudo assenta numa filosofia de currículo de alternância, isto é ao longo dos quatro anos de formação, períodos de teoria alternam com ensinamentos clínicos.

Os quatro anos de curso têm como finalidade conferir competência legal e técnica para o exercício da respectiva actividade profissional e encontram-se estruturados da seguinte forma, conforme consta do plano de estudos:

Do **1º ano**, com uma carga horária de 1020 horas (de aulas teóricas e teórico-práticas) fazem parte as seguintes unidades curriculares: *Anatomia e Fisiologia, Epidemiologia e Bioestatística, Patologia Geral, Noções Gerais de Ética, Investigação I, Epistemologia das Ciências de Enfermagem, Enfermagem I: Fundamentos de Enfermagem, Psicologia I, Bioquímica e Biofísica, Microbiologia e Parasitologia, Genética, Farmacologia, Antropologia e Sociologia, Enfermagem II: Procedimentos/Técnicas e Didáctica.*

Pretende este Plano de Estudo que ao longo do 1º ano o aluno seja capaz de:

- a) *Adquirir conhecimentos nas várias áreas do conhecimento/Unidades curriculares de forma a mobiliza-los na prática de cuidados.*
- b) *Desenvolver o pensamento crítico na análise de problemas.*
- c) *Atender à necessidade crescente do conhecimento do desenvolvimento humano nas diferentes fases de vida.*
- d) *Compreender a importância da história do homem e da sua socialização.*
- e) *Adquirir competências no sentido do seu desenvolvimento pessoal e profissional.*

O **2º ano**, com uma carga horária de 1155 horas (355 de aulas teóricas e teórico-práticas, 740 de Ensino Clínico e 60 de Seminários) contempla as seguintes unidades curriculares: *Patologia Médica, Enfermagem III: Enfermagem Médica, Seminário I:*

Infecciologia, Ensino Clínico I: Enfermagem Médica, Patologia Cirúrgica, Enfermagem IV: Enfermagem Cirúrgica, Seminário II: Oncologia, Bioética I e Ensino Clínico II: Enfermagem Cirúrgica.

São objectivos das unidades curriculares teóricas e teórico-práticas deste 2º ano que o estudante:

a) Desenvolva capacidades de interiorização, análise crítica e de aplicação de cuidados directos aos três níveis de prevenção ao doente/família com patologia médico-cirúrgica.

b) Obtenha conhecimentos teórico-práticos e práticos, na área médico-cirúrgica, que o capacitem de desenvolver actividades a nível hospitalar.

São objectivos do Ensino Clínico I: Enfermagem Médica:

- Aplicar os conhecimentos teóricos de Enfermagem médica na prática clínica de Enfermagem.

- Prestar cuidados de Enfermagem a doentes de foro médico.

- Aplicar a metodologia científica de Enfermagem.

- Contacto com a família.

São objectivos do Ensino Clínico II: Enfermagem Cirúrgica:

- Aplicar os conhecimentos teóricos de Enfermagem Cirúrgica na prática clínica de Enfermagem.

- Prestar cuidados de Enfermagem a doentes de foro cirúrgico.

- Aplicar a metodologia científica de Enfermagem.

- Contacto com a família.

De salientar, tal como foi já referido, que os estudantes em estudo se encontram na etapa final do 2º ano (Ensinos Clínicos de Cirurgia e Medicina).

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

Responda às questões que se seguem. Na questão 3 assinale com uma cruz a sua resposta no quadrículo correspondente e, caso se aplique, preencha o solicitado.

1– Tempo de Serviço: _____

2 – Local de Trabalho: _____

3 – Formação:

Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente	<input type="checkbox"/>
Cursos breves na área da Supervisão / Acompanhamento Clínico (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Especialização em Enfermagem/Curso de Pós Licenciatura/Curso de Estudos Superiores Especializados (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Pós – Graduação (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Mestrado e/ou Doutoramento (Se possui algum destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>

4 – Possui experiência de orientação/supervisão de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em ensino clínico?

Não ☐

Sim ☐

II PARTE – INVENTÁRIO

COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE, COM O PERFIL DE FORMAÇÃO DEFINIDO NO QUADRO DE REFERÊNCIA APRESENTADO, NO FINAL DO 2º ANO DA SUA FORMAÇÃO

Dimensão A – Prática Profissional, ética e legal

A1 – Responsabilidade

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
1. Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.					
2. Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.					
3. Consulta peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual.					
4. Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício ou quando saem do âmbito da sua área de exercício.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo A1): _____					

A2 – Prática segundo a ética

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
5. Exerce de acordo com o Código Deontológico.					
6. Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
7. Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.					
8. Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.					
9. Garante a confidencialidade e a segurança da informação.					
10. Respeita o direito do cliente a privacidade.					
11. Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.					
12. Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.					
13. Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.					
14. Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.					
15. Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.					
16. Presta cuidados culturalmente sensíveis.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo A2): <hr/> <hr/>					
<u>A3 – Prática Legal</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
17. Pratica de acordo com a legislação aplicável.					
18. Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
19. Reconhece e actua nas situações de infracção violação da lei e/ ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo A3): <hr/> <hr/>					
<u>Dimensão B – Prestação e gestão de cuidados</u> <u>B 1 – Princípios chave da prestação e gestão de cuidados.</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
20. Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.					
21. Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.					
22. Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.					
23. Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.					
24. Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.					
25. Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.					
26. Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.					
27. Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.					
28. Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.					
29. Apresenta a informação de forma clara e sucinta.					
30. Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
31. Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1): <hr/> <hr/>					
<u>B 1.1 - Prestação de cuidados</u> <u>B 1.1.1 – A promoção da saúde</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.					
33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.					
34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.					
35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.					
36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.					
37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.					
38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.					
39. Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.					
40. Proporciona apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.					
41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.					
43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.1): <hr/> <hr/>					
<u>B 1. 1. 2 - Colheita de dados</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
44. Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.					
45. Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.2): <hr/> <hr/>					
<u>B 1.1.3. – Planeamento</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
46. Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.					
47. Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.					
48. Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
49. Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
50. Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
51. Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.					
52. Documenta o plano de cuidados.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.3): _____ _____					
<u>B 1.1. 4 – Execução</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
53. Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.					
54. Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.					
55. Documenta a implementação das intervenções.					
56. Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.					
57. Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.4): _____ _____					

<u>B 1.1.5 – Avaliação</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
58. Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.					
59. Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.					
60. Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.5): <hr/> <hr/>					
<u>B 1.1.6 – Comunicação e relações interpessoais</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
61. Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.					
62. Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.					
63. Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.					
64. Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.					
65. Comunica com o cliente e /ou familiares, de forma a dar-lhes poder.					
66. Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.					
67. Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.1.6): <hr/> <hr/>					
<u>B 1. 2. - Gestão de cuidados</u>					
<u>B 1. 2.1 - Ambiente seguro</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
68. Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.					
69. Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.					
70. Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.					
71. Implementa procedimentos de controlo de infecção.					
72. Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.2.1): <hr/> <hr/>					
<u>B 1. 2. 2 - Cuidados de saúde interprofissionais</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
73. Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.					
74. Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.					
75. Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
76. Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.					
77. Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.					
78. Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.					
79. Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.2.2): <hr/> <hr/>					
<u>B 1. 2. 3. - Delegação e supervisão</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
80. Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.					
81. Utiliza uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.					
82. Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo B1.2.3): <hr/> <hr/>					

<u>Dimensão C – Desenvolvimento Profissional</u>					
<u>C 1 – Valorização profissional</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
83. Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.					
84. Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.					
85. Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.					
86. Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.					
87. Actua como um modelo efectivo.					
88. Assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo C1): <hr/> <hr/>					
<u>C 2 – Melhoria da qualidade</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
89. Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.					
90. Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo C2): <hr/> <hr/>					

<u>C 3 – Formação contínua.</u>					
	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
91. Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.					
92. Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.					
93. Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.					
94. Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.					
95. Actua como um mentor/tutor eficaz.					
96. Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.					
Outras ou alteração de alguma anterior (Grupo C3): <hr/> <hr/>					

ANEXO III

Questionário de Competências (Peritos) – 2ª volta

RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

(CONSTRUÇÃO DE UM INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS)

Elaborado por:

Laura Maria Almeida Reis

Porto, Abril de 2008

NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário surge no âmbito de um estudo Delphi iniciado em Fevereiro de 2008 e inserido no quadro de uma investigação subordinada ao tema “*Relação Supervisiva e desenvolvimento da Identidade Profissional: Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de enfermagem*”, em curso na Universidade de Aveiro e no contexto de um Doutoramento em Didática.

Como foi referido inicialmente, este estudo tem como objetivo colher opiniões para a construção de um “Inventário de Competências” a aplicar a estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em contexto de Ensino Clínico. Para o efeito apoiamonos no conjunto de competências dos enfermeiros de cuidados gerais consignadas pela Ordem dos Enfermeiros/OE (OE, 2004).

No primeiro round foram auscultados 24 peritos – 12 docentes e 12 enfermeiros da prática clínica com formação e experiência em Supervisão de estudantes em Ensino Clínico.

Após tratamento dos dados obtivemos os seguintes resultados:

- 11 das competências obtiveram um consenso positivo inferior a 50% pelo que foram excluídas do inventário a aplicar aos estudantes referidos anteriormente.
- 71 das competências obtiveram um consenso positivo igual ou superior a 75% pelo que foram incluídas no referido inventário.
- 14 das competências obtiveram um consenso entre 50 a 74,99%, sendo que para 6 das mesmas foram propostas alterações.
- Foram sugeridas 4 novas competências.

Neste segundo round, é-lhe solicitado que nos dê a sua opinião sobre as competências que obtiveram um consenso entre 50 e 74,99% e para as quais foi sugerido propostas de alteração.

Assim, para cada competência, construímos um quadro onde incluímos a competência da ordem e a(s) proposta(s) de alteração.

Por favor, em cada competência, **opte apenas por uma das hipóteses** (a que lhe parecer mais adequada), deixando a(s) outra(s) por preencher.

Seguidamente pedimos-lhe que expresse a sua opinião em relação a “Outras Competências Propostas”.

Com base nas respostas obtidas neste segunda round selecionaremos o leque final de competências que um estudante no final do 2º ano do Curso em causa deverá ter desenvolvido.

Obrigada pela colaboração

Porto, Abril de 2008

(Laura Maria Almeida Reis)

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

Responda às questões que se seguem. Na questão 3 assinale com uma cruz a sua resposta no quadrículo correspondente e, caso se aplique, preencha o solicitado.

1– Tempo de Serviço: _____

2 – Local de Trabalho: _____

3 – Formação:

Curso de Licenciatura em Enfermagem ou equivalente	<input type="checkbox"/>
Cursos breves na área da Supervisão / Acompanhamento Clínico (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Especialização em Enfermagem/Curso de Pós Licenciatura/Curso de Estudos Superiores Especializados (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Pós – Graduação (Se possui um destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>
Curso de Mestrado e/ou Doutorado (Se possui algum destes cursos, indique qual.) _____	<input type="checkbox"/>

II PARTE - INVENTÁRIO

COMPETÊNCIAS DO ESTUDANTE, COM O PERFIL DE FORMAÇÃO DEFINIDO NO QUADRO DE REFERÊNCIA APRESENTADO, NO FINAL DO 2º ANO DA SUA FORMAÇÃO

A - Competências com consenso entre 50 e 74,99% com Propostas de Alterações

A2 – Prática segundo a ética

<u>Competência nº 6</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
6.1- Envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão éticas.					
6.2- Analisa de forma crítica as tomadas de decisão éticas.					

Dimensão B – Prestação e gestão de cuidados

B 1 – Princípios chave da prestação e gestão de cuidados.

<u>Competência nº 22</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
22.1- Inicia e participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.					
22.2- Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.					

<u>Competência nº 28</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
28.1 – Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.					
28.2 – Actua como um recurso para os indivíduos que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.					

B 1. 2. - Gestão de cuidados

B 1. 2.1 - Ambiente seguro

<u>Competência nº 72</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
72.1 – Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.					
72.2 – Regista e comunica ao tutor as preocupações relativas à segurança					

B 1. 2. 2 - Cuidados de saúde interprofissionais

<u>Competência nº 78</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
78.1 - Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.					
78.2 – Revê e avalia os cuidados com o tutor.					

Dimensão C – Desenvolvimento Profissional

C 3 – Formação contínua.

<u>Competência nº 94</u>	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
94.1 - Contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.					
94.2 - Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional dos colegas.					
94.3 - Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de outros estudantes e colegas.					

B – Outras Competências Propostas

A2 – Prática segundo a ética

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
Conhece efetivamente o Código Deontológico.					

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
Reconhece o seu papel enquanto estudante.					

A3 – Prática Legal

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
Desenvolve capacidade de análise das situações de infração/violação da lei.					

B 1. 2. - Gestão de cuidados

B 1. 2.1 - Ambiente seguro

	Nada Adequada	Pouco Adequada	Adequada	Bastante Adequada	Muito Adequada
Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.					

ANEXO IV

Inventário de Competências - Estudantes

RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS

Elaborado por:

Laura Maria Almeida Reis

Porto 2008

NOTA INTRODUTÓRIA

Este questionário insere-se no quadro de uma investigação subordinada ao tema “*Relação Supervisiva e desenvolvimento da Identidade Profissional: Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de enfermagem*”, em curso na Universidade de Aveiro e no contexto de um Doutoramento em Didáctica.

Trata-se de um instrumento dirigido a estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem – 2º ano e tem como objectivo identificar, de acordo com a perspectiva do estudante, as competências por si desenvolvidas ao longo dos Ensinos Clínicos (Medicina e Cirurgia).

Neste momento, solicitamos-lhe que, numa escala de “nunca” a “sempre”, nos indique em que medida, cada uma das competências foi por si desenvolvida ao longo do Ensino Clínico que acaba de realizar.

No sentido de estabelecer uma relação com outro questionário por si preenchido, pedimos-lhe que utilize o mesmo código.

Não coloque o seu nome no questionário. Pretendemos desta forma garantir o anonimato.

Por favor exprima a sua opinião em relação às questões indicadas, não deixando nenhuma por responder.

Obrigada pela colaboração

Porto, 2008

(Laura Maria Almeida Reis)

Código:

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

Por favor responda às questões que se seguem.

1.1 - Género: Masculino _____ Feminino _____

1.2 – Idade: _____ (até 30 de Setembro de 2007)

1.3 - Ensino Clínico: _____

1.4 – Local onde realizou o Ensino Clínico:

Instituição: _____

Serviço: _____

1.5 – Data do Ensino Clínico: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

II PARTE – INVENTÁRIO

<u>QUADRO DE COMPETÊNCIAS</u>					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 -Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.					
2 -Reconhece o seu papel enquanto estudante.					
3 -Reconhece os limites do papel e da competência do enfermeiro.					
4 -Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual.					
5 -Conhece efectivamente o Código Deontológico.					
6 -Exerce de acordo com o Código Deontológico.					
7 -Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.					
8 -Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no Código Deontológico.					
9 -Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.					
10 -Garante a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.					
11 -Respeita o direito do cliente à privacidade.					
12 -Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.					
13 -Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.					
14 -Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.					
15 -Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.					
16 -Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.					
17 -Presta cuidados culturalmente sensíveis.					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
18 -Pratica de acordo com a legislação aplicável.					
19 -Desenvolve capacidade de análise das situações de infracção/violação da lei.					
20 -Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.					
21 – Incorpora, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.					
22 – Colabora/participa nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.					
23 -Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.					
24 -Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.					
25 -Organiza o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.					
26 -Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.					
27 -Apresenta a informação de forma clara e sucinta.					
28 –Interpreta, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.					
29 -Trabalha em colaboração com os profissionais e com a comunidade.					
30 -Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.					
31 -Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.					
32 -Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.					
33 -Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.					
34 -Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
35 -Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.					
36 -Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.					
37 -Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.					
38 -Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.					
39 -Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.					
40 - Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.					
41 -Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.					
42 - Formula um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
43 -Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.					
44 -Garante que o cliente e/ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.					
45 -Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
46 -Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
47- Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores.					
48 -Documenta o plano de cuidados.					
49 -Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
50 -Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.					
51 -Documenta a implementação das intervenções.					
52 -Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados.					
53 -Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.					
54 -Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.					
55 -Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.					
56 -Comunica com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.					
57 -Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.					
58 -Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.					
59 -Comunica com o cliente e /ou familiares, de forma a dar-lhes poder.					
60 -Utiliza a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.					
61 -Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.					
62 -Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.					
63 -Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.					
64 -Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.					
65 -Implementa procedimentos de controlo de infecção.					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
66 -Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.					
67 - Esclarece dúvidas antes de realizar os procedimentos.					
68 -Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.					
69 -Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.					
70 -Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.					
71 -Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.					
72 -Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.					
73 -Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.					
74 -Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.					
75 -Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.					
76 -Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.					
77 -Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.					
78 -Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.					
79 -Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.					

ANEXO V

Ego Identity Process Questionnaire – 1º Momento

RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

QUESTIONÁRIO Nº 1

Elaborado por:

Laura Maria Almeida Reis

Porto, Outubro de 2007

NOTA INTRODUTÓRIA

Com este questionário pretende-se obter subsídios para uma investigação subordinada ao tema “*Relação Supervisiva e desenvolvimento da Identidade Profissional: Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de enfermagem*”, que tem como objectivos:

- Analisar o processo de construção identitária de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Identificar a Identidade do Eu em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- Identificar a influência das práticas clínicas no desenvolvimento da maturação identitária.

Este questionário é dirigido a estudantes do 2º ano e está estruturado em duas partes. Num primeiro momento este questionário será aplicado na sua globalidade, num segundo momento será aplicada a segunda parte, isto é, o “Ego Identity Process Questionnaire” de Balistreri, et al (1995).

Pretendemos no final do ano lectivo solicitar novamente a sua colaboração para o preenchimento do questionário. Por isso ser-lhe-á atribuído um código de quatro dígitos.

Por favor não coloque o seu nome no questionário. Só assim poderemos garantir o seu anonimato. Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe solicitamos que exprima a sua verdadeira opinião. Não deixe nenhuma questão por responder.

Obrigada pela colaboração

Porto, Outubro de 2007

(Laura Maria Almeida Reis)

Código:

Parte I

1 – Idade _____ (até 30 de Setembro de 2007)

2 – Género:

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

3– Na candidatura de acesso ao Ensino Superior a escolha do Curso que frequenta actualmente surgiu como:

1ª opção	<input type="checkbox"/>
2ª opção	<input type="checkbox"/>
3ª opção	<input type="checkbox"/>
Outra opção	<input type="checkbox"/>

4 – Frequenta o 2º ano pela 1ª vez:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

5 – No caso de já ter frequentado o 2º ano realizou algum ensino clínico:

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

Se respondeu “Sim”, indique por favor qual? -----

Parte II

“EGO IDENTITY PROCESS QUESTIONNAIRE” (Balistreri, et al., 1995) traduzido e validado para a população Portuguesa por Abreu, M. (2005)

Para as seguintes afirmações, assinale o quanto concorda ou discorda de cada uma delas, utilizando a escala abaixo apresentada. Assinale, por favor, em frente a cada uma das afirmações, o valor (de 1 a 6) que melhor traduz a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo moderadamente	4 Concordo moderadamente	5 Concordo	6 Concordo totalmente
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

AFIRMAÇÕES	ESCALA	CÓDIGO (não preencher)
1- Decidi definitivamente a profissão que quero ter.	1 2 3 4 5 6	[] 1
2 – Eu não quero alterar as minhas ideias e princípios políticos.	1 2 3 4 5 6	[] 2
3 – Eu considere a hipótese de adoptar diferentes crenças religiosas.	1 2 3 4 5 6	[] 3
4 – Nunca tive necessidade de questionar os meus valores.	1 2 3 4 5 6	[] 4
5 – Estou muito seguro(a) acerca do tipo de amigos que são melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 5
6 – As minhas ideias acerca dos papéis masculinos e femininos nunca se alteraram desde que me tornei adulto(a).	1 2 3 4 5 6	[] 6
7 – Eu sempre votarei no mesmo partido.	1 2 3 4 5 6	[] 7
8 – Eu mantenho com firmeza a minha perspectiva em relação ao meu papel na minha família.	1 2 3 4 5 6	[] 8
9 – Eu discuti diversas vezes sobre o tipo de comportamento envolvido nas relações amorosas.	1 2 3 4 5 6	[] 9

10 – Eu já considerei ponderadamente diferentes perspectivas políticas.	1 2 3 4 5 6	[] 10
11 – Eu nunca questioneei as minhas perspectivas sobre que tipo de amigos(as) são melhores para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 11
12 – Os meus valores poderão alterar-se no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 12
13 – Quando eu falo com pessoas sobre religião faço questão de dar a minha opinião.	1 2 3 4 5 6	[] 13
14 – Eu não estou seguro(a) sobre qual o tipo de relação amorosa que é mais indicada para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 14
15 – Eu nunca senti necessidade de reflectir sobre a importância que eu tenho na minha família.	1 2 3 4 5 6	[] 15
16 – Relativamente à religião as minhas perspectivas poderão alterar-se num futuro próximo.	1 2 3 4 5 6	[] 16
17 – Eu tenho ideias definidas sobre como os homens e as mulheres se devem comportar.	1 2 3 4 5 6	[] 17
18 – Eu tentei informar-me sobre as diferentes profissões para encontrar a melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 18
19 - Eu tive diversas experiências que me fizeram alterar as minhas perspectivas sobre os papéis femininos e masculinos.	1 2 3 4 5 6	[] 19
20 – Eu avalio constantemente os diferentes valores tentando identificar aqueles que são melhores para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 20
21 – Eu penso que aquilo que procuro num(a) amigo(a) se pode modificar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 21
22 – Eu questionei-me sobre o tipo de namoro que é melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 22
23 – É impossível que eu altere os meus objectivos vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[] 23
24 – Eu avalio de diversas formas a minha inserção na estrutura familiar.	1 2 3 4 5 6	[] 24

25 – As minhas ideias sobre os papéis femininos e masculinos nunca se alterarão.	1 2 3 4 5 6	[] 25
26 – Eu nunca questioneei as minhas crenças políticas.	1 2 3 4 5 6	[] 26
27 – Eu tive muitas experiências que me levaram a rever as qualidades que eu gostaria de observar nos meus amigos.	1 2 3 4 5 6	[] 27
28 – Eu discuti assuntos religiosos com várias pessoas que têm crenças diferentes das minhas.	1 2 3 4 5 6	[] 28
29 – Eu não estou seguro(a) de que os valores que possuo são os mais indicados.	1 2 3 4 5 6	[] 29
30 – Eu nunca questioneei as minhas aspirações vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[] 30
31 - A forma como eu valorizo a minha família provavelmente vai mudar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 31
32 – Eu estou firmemente seguro(a) quanto às minhas crenças acerca do namoro.	1 2 3 4 5 6	[] 32

ANEXO VI

Ego Identity Process Questionnaire – 2º Momento

RELAÇÃO SUPERVISIVA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

**Acompanhamento das práticas clínicas dos estudantes de
Enfermagem**

QUESTIONÁRIO Nº 2

Elaborado por:

Laura Maria Almeida Reis

Porto, Julho de 2008

Código:

Este Questionário é traduzido do “EGO IDENTITY PROCESS
QUESTIONNAIRE”(Balistreri, et al., 1995)

Para as seguintes afirmações, assinale o quanto concorda ou discorda de cada uma delas, utilizando a escala abaixo apresentada. Assinale, por favor, em frente a cada uma das afirmações, o valor (de 1 a 6) que melhor traduz a sua opinião, de acordo com a seguinte escala:

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Discordo moderadamente	4 Concordo moderadamente	5 Concordo	6 Concordo totalmente
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

AFIRMAÇÕES	ESCALA	CÓDIGO (não preencher)
1- Decidi definitivamente a profissão que quero ter.	1 2 3 4 5 6	[] 1
2 – Eu não quero alterar as minhas ideias e princípios políticos.	1 2 3 4 5 6	[] 2
3 – Eu considere a hipótese de adoptar diferentes crenças religiosas.	1 2 3 4 5 6	[] 3
4 – Nunca tive necessidade de questionar os meus valores.	1 2 3 4 5 6	[] 4
5 – Estou muito seguro(a) acerca do tipo de amigos que são melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 5
6 – As minhas ideias acerca dos papéis masculinos e femininos nunca se alteraram desde que me tornei adulto(a).	1 2 3 4 5 6	[] 6
7 – Eu sempre votarei no mesmo partido.	1 2 3 4 5 6	[] 7
8 – Eu mantenho com firmeza a minha perspectiva em relação ao meu papel na minha família.	1 2 3 4 5 6	[] 8
9 – Eu discuti diversas vezes sobre o tipo de comportamento envolvido nas relações amorosas.	1 2 3 4 5 6	[] 9

10 – Eu já considerei ponderadamente diferentes perspectivas políticas.	1 2 3 4 5 6	[] 10
11 – Eu nunca questioneei as minhas perspectivas sobre que tipo de amigos(as) são melhores para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 11
12 – Os meus valores poderão alterar-se no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 12
13 – Quando eu falo com pessoas sobre religião faço questão de dar a minha opinião.	1 2 3 4 5 6	[] 13
14 – Eu não estou seguro(a) sobre qual o tipo de relação amorosa que é mais indicada para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 14
15 – Eu nunca senti necessidade de reflectir sobre a importância que eu tenho na minha família.	1 2 3 4 5 6	[] 15
16 – Relativamente à religião as minhas perspectivas poderão alterar-se num futuro próximo.	1 2 3 4 5 6	[] 16
17 – Eu tenho ideias definidas sobre como os homens e as mulheres se devem comportar.	1 2 3 4 5 6	[] 17
18 – Eu tentei informar-me sobre as diferentes profissões para encontrar a melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 18
19 - Eu tive diversas experiências que me fizeram alterar as minhas perspectivas sobre os papéis femininos e masculinos.	1 2 3 4 5 6	[] 19
20 – Eu avalio constantemente os diferentes valores tentando identificar aqueles que são melhores para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 20
21 – Eu penso que aquilo que procuro num(a) amigo(a) se pode modificar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 21
22 – Eu questioneei-me sobre o tipo de namoro que é melhor para mim.	1 2 3 4 5 6	[] 22
23 – É impossível que eu altere os meus objectivos vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[] 23
24 – Eu avalio de diversas formas a minha inserção na estrutura familiar.	1 2 3 4 5 6	[] 24

25 – As minhas ideias sobre os papéis femininos e masculinos nunca se alterarão.	1 2 3 4 5 6	[] 25
26 – Eu nunca questioneei as minhas crenças políticas.	1 2 3 4 5 6	[] 26
27 – Eu tive muitas experiências que me levaram a rever as qualidades que eu gostaria de observar nos meus amigos.	1 2 3 4 5 6	[] 27
28 – Eu discuti assuntos religiosos com várias pessoas que têm crenças diferentes das minhas.	1 2 3 4 5 6	[] 28
29 – Eu não estou seguro(a) de que os valores que possuo são os mais indicados.	1 2 3 4 5 6	[] 29
30 – Eu nunca questioneei as minhas aspirações vocacionais.	1 2 3 4 5 6	[] 30
31 - A forma como eu valorizo a minha família provavelmente vai mudar no futuro.	1 2 3 4 5 6	[] 31
32 – Eu estou firmemente seguro(a) quanto às minhas crenças acerca do namoro.	1 2 3 4 5 6	[] 32

ANEXO VII

Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	ASPECTOS A ABORDAR
A – Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista • Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o entrevistado sobre os objectivos da entrevista. - Localizar a entrevista em relação ao momento do trabalho do investigador. - Assegurar a confidencialidade dos dados. - Pedir autorização para gravar.

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	EXEMPLO DE PERGUNTAS
B – Competências de Desenvolvimento Profissional do Estudante em EC	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o processo de desenvolvimento de competências dos estudantes ao longo do ensino clínico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendo em conta os objectivos do ensino clínico, quais as competências que os estudantes desenvolveram com maior facilidade? - E as que desenvolveram com maior dificuldade? - Que explicações encontra para estas realidades? - Ao longo do processo de formação clínica, quais os focos de atenção que privilegiam?

<p>C – Processo de Formação da Identidade do Estudante em EC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar o processo de configuração da identidade profissional desenvolvido pelos estudantes em EC. 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante o processo de acompanhamento dos estudantes consegue identificar factores ou formas de estar com que os estudantes se identifiquem? - E pelo contrário, factores ou dimensões em relação aos quais manifestem afastamento? - Na reflexão que os estudantes fazem sobre as práticas consegue identificar uma ideia coerente sobre a enfermagem? - E no decurso das experiências clínicas? - Até que ponto a permanência dos estudantes neste contexto clínico favorece a formação de uma determinada identidade profissional? - Em que medida o processo de formação da identidade (“sentir-se enfermeiro”) mereceu um trabalho deliberado da Escola?
<p>D- Estratégias Supervisivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as estratégias desenvolvidas pelo Tutor no sentido de facilitar o desenvolvimento da Identidade Profissional do estudante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como foi o estudante integrado no serviço? - Foram proporcionados espaços para reflectir sobre o conteúdo das aprendizagens, incluindo os aspectos que deveria valorizar, como enfermeiro? - Pode falar-se numa forma específica de se ensinar a ser e sentir-se enfermeiro? - Como foi o estudante ajudado a equacionar as respostas humanas comprometidas?

<p>E – Papeis dos actores em EC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a opinião do Tutor acerca do desempenho dos intervenientes no processo de formação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procedendo a uma retrospecção, quais os aspectos que mais valorizou no processo de acompanhamento do estudante? - Por parte do docente, eram também estes aspectos que mais se valorizavam? - A valorização destes aspectos decorre da sua experiência pessoal ou de uma cultura do próprio serviço? - Como assumiu o estudante o seu papel de orientando neste processo? Que tipo de reacções manifestou? - Ao longo do processo de acompanhamento do estudante, foi possível identificar fases no seu processo de aprendizagem? - Considerando a complexidade da clínica, como reagiu emocionalmente o estudante aos desafios colocados? - Qual o maior desafio que se colocou no seu desempenho de papel de tutor? - Qual considera ser o papel da equipa no processo de acompanhamento do estudante?
<p>F – Dificuldades identificadas no processo superviso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as principais dificuldades sentidas pelo tutor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as dificuldades que sente no processo de acompanhamento dos estudantes em EC em geral? - E no caso particular destes estudantes? - Em que medida a escola o apoia no desenvolvimento do seu papel de tutor? - E o seu serviço?

		<ul style="list-style-type: none"> - Como sentem os seus colegas o seu exercício de papel de tutor? - Teve alguma formação específica para acompanhar os estudantes? - Reflectindo sobre a sua experiência (de tutor) em que áreas deve incidir a preparação dos tutores para o acompanhamento clínico?
--	--	--

ANEXO VIII

Domínios e sistemas de codificação utilizados na
Observação Participante

DOMÍNIOS E SISTEMAS DE CODIFICAÇÃO UTILIZADOS NA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

DIMENSÃO	DOMÍNIO	CÓDIGO
Contexto	Integração do estudante	CIE
	Ambiente de aprendizagem	CAA
Relação Pedagógica	Relação entre tutor e estudante	RPRTE
	Relação entre professor e estudante	RPRPE
	Relação entre tutor e professor	RPRTP
	Relação entre estudante e equipa multidisciplinar	RPREEM
Relações Socio clínicas	Relação entre estudante e o utente	RSCREU
	Relação entre pares	RSCREP
	Relação entre tutor e a equipa multidisciplinar	RSCRTEM
Intervenção Pedagógica	Intervenção pedagógica do professor	IPIPP
	Intervenção pedagógica do tutor	IPIPT
	Participação do estudante	IPPE
	Papel mediador da equipa	IPPME
Competências Profissionais	Competências Globais/Genéricas	CPCG
	Competências Técnico - Científicas/ Habilidades-Conhecimentos	CPCTC
	Competências Atitudes/ Ético-Morais	CPCA
	Competências Relação/Sócio -Afetivas	CPCR
Definição de Si	Inovação/Transformação	DSIT
	Pensamento Critico-Reflexivo	DSPCR
	Gestão das Emoções	DSGE
	Estima de Si	DSES
	Processo de Formação da Identidade	DSPFI
Focos de Atenção	Situação Clínica do Doente	FASCD
	Processo de Aprendizagem	FAPA
	Coletivo (Grupo de estudantes)	FAC
	Organização das atividades de aprendizagem	FAOAA
	Escola	FAE
Tensões e Inquietações	Representações	TIR
	Orientações	TIO
	Atitudes	TIA
	Quotidiano	TIQ

ANEXO IX

Domínios e sistemas de codificação utilizados nas entrevistas

DOMÍNIOS E SISTEMAS DE CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

DIMENSÃO	DOMÍNIO	CATEGORIA	CÓDIGO
Contexto	Integração do aluno	Integração do aluno	CIA
	Ambiente de Aprendizagem	Ambiente de Aprendizagem	CAA
Relação Pedagógica	Relação entre tutor e estudante	Relação de Apoio	RPRTEra
		Relação de distanciamento	RPRPERd
	Relação entre professor e estudante	Relação entre professor e estudante	RPRPE
	Relação entre tutor e professor	Relação entre tutor e professor	RPRTP
	Relação entre estudante e equipa multidisciplinar	Relação de Apoio	RPREEMra
		Relação de distanciamento	RPREEMrd
Relação Socio clínicas	Relação entre pares	Relação de colaboração e interajuda	RSCREPrC
		Relação de distanciamento e/ou conflito	RSCREPrd
	Relação entre tutor e a equipa multidisciplinar	Interajuda e autonomia	RSCRTEMI
		(Des) Responsabilização do seu papel	RSCRTEmd/r
Intervenção Pedagógica	Intervenção pedagógica do tutor	Desenvolvimento de Competências Profissionais	IPIPTdcp
		Desenvolvimento Pessoal do Estudante	IPIPTdpe
	Papel mediador da equipa	Papel mediador da equipa	IPPME
Competências Profissionais	Competências Globais/Genéricas	Identificadas	CPCGi
		Não Identificadas	CPCGni
	Competências Técnico - Científicas/ Habilidades-Conhecimentos	Competências Técnicas	CPCTCcti
			CPCTCctni
		Competências Científicas	CPCTCcci
			CPCTCccni
	Competências Atitudes/ Ético-Morais	Identificadas	CPCAi
		Não Identificadas	CPCAni
	Competências Relação/Sócio – Afetivas	Identificadas	CPCRi
		Não Identificadas	CPCRni

DOMÍNIOS E SISTEMAS DE CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS (Continuação)

DIMENSÃO	DOMÍNIO	CATEGORIA	CÓDIGO
Definição de Si	Inovação/Transformação	Inovação/Transformação	DSIT
	Pensamento Crítico-Reflexivo	Pensamento Crítico-Reflexivo	DSPCR
	Gestão das Emoções	Gestão das Emoções	DSGE
	Estima de Si	Estima de Si	DSES
	Processo de Formação da Identidade	Processo de Formação da Identidade	DSPFI
Focos de Atenção	Situação Clínica do Doente	Situação Clínica do Doente	FASCD
	Organização das atividades de aprendizagem	Organização das atividades de aprendizagem	FAOAA
	Escola	Escola	FAE
Processos Supervisivos	Dificuldades sentidas em supervisão	Relacionadas com Documentação	PSDSrd
		Relacionadas com equipa	PSDSreq
		Relacionadas com estudantes	PSDSre
	Formação em Supervisão	Formação em Supervisão	PSFS
	Conteúdos de formação	Conteúdos de formação	PSCF

ANEXO X

Relatórios Reflexivos – Dimensões

DIMENSÕES DE CODIFICAÇÃO DOS RELATÓRIOS

DIMENSÕES
Contexto/Integração
Relações
Intervenção Pedagógica
Competências
Construção Identitária
Focos de Atenção: Utente
Focos de Atenção: Aprendizagem
Processos Supervisivos

ANEXO XI

Exemplar de uma entrevista

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>1 Laura: Falamos já sobre os objectivos desta 2 entrevista. Antes de iniciarmos gostaria que me 3 dissessee se necessita de mais algum esclarecimento? 4 Entrevistado: Penso que estou esclarecida. 5 Laura: Um dos aspectos que eu gostaria de obter a 6 sua opinião relacionasse com as competências de 7 desenvolvimento profissional do estudante em EC. 8 Assim e neste sentido coloço-lhe a seguinte questão: 9 Tendo em conta os objectivos do EC, quais as 10 competências que os estudantes desenvolveram com 11 maior facilidade? 12 Entrevistado: Eu acho que acaba por ser o 13 relacionamento ao nível da comunicação com os doentes. 14 Nos primeiros dias custa um bocado. Mas depois eu acho 15 que é a parte que eles desenvolvem melhor. As outras 16 também. Mas nota-se que ao fim de alguns dias após 17 estarem com os doentes, mesmo mudando de doentes, 18 eles conseguem relacionar-se muito bem com os doentes. 19 Pode haver um caso ou outro que não seja assim, mas são 20 situações isoladas. 21 Laura: Está a querer dizer que esta competência 22 sobressai em relação às restantes? 23 Entrevistado: Sim. Eu acho que é uma competência que 24 os alunos desenvolvem muito e que sobressai sobre as 25 outras. 26 Laura: E as que desenvolvem com maior dificuldade? 27 Entrevistado: As técnicas relacionadas com a 28 terapêutica. O que o grupo manifestou grande dificuldade</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>29 nos procedimentos com a terapêutica. Têm dificuldade</p> <p>30 em preparar, não têm conhecimentos sobre diluições,</p> <p>31 tempos de administração, ...</p> <p>32 Laura: Que explicações encontra para estas</p> <p>33 realidades?</p> <p>34 Entrevistado: A comunicação foi uma competência que</p> <p>35 eles desenvolveram muito porque entre eles existia o</p> <p>36 espírito de inter-ajuda. Pelo facto de um aluno comunicar</p> <p>37 bem e ter uma boa relação com os seus utentes, os outros</p> <p>38 também iam desenvolvendo essa competência.</p> <p>39 Em termos de técnicas, penso que o receio influenciou</p> <p>40 bastante. Foi o primeiro contacto com o hospital, com o</p> <p>41 campo de estágio, com as coisas, ... E acho que acaba por</p> <p>42 ser um bocadinho por aí. O medo de errar... As</p> <p>43 continhas...Pensam: “Se tenho duas coisas para dar por</p> <p>44 onde começo? Posso dar seguido ou não? “. Acho que é</p> <p>45 mesmo uma questão de insegurança.</p> <p>46 Laura: Ao longo do processo de formação clínica,</p> <p>47 quais os focos de atenção que privilegiam?</p> <p>48 Entrevistado: Eu acho que eles dão muita atenção à</p> <p>49 comunicação. Mas também à situação social dos doentes.</p> <p>50 É claro que tudo isto tem a ver com os objectivos do</p> <p>51 Ensino Clínico e também com o Processo de</p> <p>52 Enfermagem. Mas acho que valorizam muito a</p> <p>53 comunicação. Também se preocupam com o facto de o</p> <p>54 doente viver sozinho ou se vive com a família.</p> <p>55 Laura: Está a falar de competências sócio-afectivas?</p> <p>56 Entrevistado: Sim. Eu acho que estes alunos estão muito</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>57 sensibilizados para a componente afectiva. Para o facto</p> <p>58 de muitos destes doentes viverem sozinhos. E isso toca-os</p> <p>59 muito. Valorizam muito os doentes que estão</p> <p>60 desamparados. Que não tem família ou que tem</p> <p>61 problemas com a família.</p> <p>62 Laura: Se me permite passo agora a um novo grupo de</p> <p>63 questões, estas agora relacionadas com a formação da</p> <p>64 Identidade do Estudante em EC.</p> <p>65 Durante o processo de acompanhamento dos</p> <p>66 estudantes consegue identificar factores ou formas de</p> <p>67 estar com que os estudantes se identifiquem?</p> <p>68 Entrevistado: Noto que os alunos se identificam com</p> <p>69 determinados enfermeiros. Quando o aluno tem uma</p> <p>70 duvida, ou nos procura a nós tutoras, ou se determinado</p> <p>71 enfermeiro estiver no turno, ele procura-o. Ou porque se</p> <p>72 sentem mais à-vontade, ou porque a idade é mais</p> <p>73 próxima, ou fundamentalmente pela forma como o</p> <p>74 enfermeiro se dirige a ele. O contrário também se verifica.</p> <p>75 Às vezes, evitam ao máximo determinado enfermeiro</p> <p>76 mesmo quando se trata do enfermeiro de sala.</p> <p>77 Laura: Acha que esses enfermeiros de quem os</p> <p>78 estudantes se aproximam ou afastam, possuem uma</p> <p>79 identidade específica, um determinado perfil?</p> <p>80 Entrevistado: Não. Acho que não é por aí. Parece-me</p> <p>81 que se trata de uma identificação apenas em termos de</p> <p>82 comunicação e não em termos profissionais. É o estar</p> <p>83 mais à-vontade, a disponibilidade para tirar duvidas, a</p> <p>84 forma como explicam, ...</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>85 Laura: E em relação aos outros profissionais. Qual a 86 sua opinião?</p> <p>87 Entrevistado: Em relação à equipa médica, eles não têm 88 muito contacto. Não há muita afinidade. Aproximam-se 89 do médico quando ele está a observar os doentes e então 90 aproveitam para ouvir o que o médico diz sobre o doente. 91 Não têm muito o hábito de procurar o médico no sentido 92 de clarificar alguma coisa. Pode ter acontecido num ou 93 outro caso, mas foi situações muito pontuais. Acho que 94 não se pode falar de aproximação.</p> <p>95 Laura: E pelo contrário, factores ou dimensões em 96 relação às quais manifestem afastamento?</p> <p>97 Entrevistado: Sim. Eles podem ter maior dificuldade em 98 fazer determinadas coisas ou em se aproximar de 99 determinados elementos. Mas se tiverem necessidade, e 100 não tiverem outra alternativa, acabam mesmo por falar. É 101 um bocadinho aquilo, tentam não é, mas se não tiverem 102 outras pessoas junto deles...</p> <p>103 Laura. Como caracteriza as pessoas de quem os 104 estudantes se tentam afastar?</p> <p>105 Entrevistado: Se calhar por serem mais jovens e ainda 106 manifestam alguma insegurança. Isso acaba por se 107 reflectir nos alunos.</p> <p>108 Como é que eu hei-de dizer... Pelo facto de serem novos, 109 não são suficientemente maduros na explicação e os 110 alunos não ficam satisfeitos. Por outro lado a forma como 111 estes enfermeiros falam com os alunos, deixam-nos de pé 112 atrás. Eu acho que é por isso que os alunos não os</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>113 procuram.</p> <p>114 Laura: Na reflexão que os estudantes fazem sobre as</p> <p>115 práticas consegue identificar uma ideia coerente</p> <p>116 sobre enfermagem?</p> <p>117 Entrevistado: No início do estágio não. É um primeiro</p> <p>118 estágio. Ao longo do estágio e às vezes no fim dizem:</p> <p>119 “Não pensei que fosse assim”. Quando chegam veem</p> <p>120 com ideias muito teóricas. Na prática acho que não era</p> <p>121 aquilo que esperavam. Não quer dizer que não gostem e</p> <p>122 que não se identifiquem “com”. Mas não era esta a ideia</p> <p>123 que traziam sobre o que é enfermagem e o que é</p> <p>124 trabalhar na enfermagem em todo o contexto.</p> <p>125 Laura: Qual lhe parecer ser a ideia que estes</p> <p>126 estudantes traziam sobre enfermagem?</p> <p>127 Entrevistado: Acho que não pensavam que os doentes</p> <p>128 estariam tão dependentes deles como realmente estão.</p> <p>129 Laura: E no decurso das experiências clínicas sentem</p> <p>130 que houve algum evoluir no conceito de enfermagem?</p> <p>131 Entrevistado: Sim. E tanto que eles mesmo dizem: “Eu</p> <p>132 não pensei que fosse assim. Mas a verdade é que isto é</p> <p>133 que é a parte bonita”. “Até gostamos de fazer”. Não</p> <p>134 sabendo acabam por gostar.</p> <p>135 Laura: Até que ponto a permanência neste contexto</p> <p>136 clínico favorece a formação de uma determinada</p> <p>137 identidade profissional?</p> <p>138 Entrevistado: Não me parece que o serviço de medicina</p> <p>139 condicione uma determinada identidade. No entanto acho</p> <p>140 que pode influenciar a identidade. E eu falo por mim.</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>141 Eu quando fui aluna passei por um serviço de medicina e</p> <p>142 a partir daí sempre disse que queria trabalhar num serviço</p> <p>143 de medicina. Se o aluno se enquadra ali no serviço, se tem</p> <p>144 aquelas competências e se sente à-vontade a cuidar destes</p> <p>145 doentes, pode perfeitamente influenciar. E continuo a</p> <p>146 falar por mim.</p> <p>147 Laura: Mas diga-me. Quais são os factores que vão</p> <p>148 influenciar essa identidade e que fazem com que os</p> <p>149 alunos se liguem à medicina?</p> <p>150 Entrevistado: A medicina é aquele tipo de serviço que</p> <p>151 acaba por alertar para o que se faz em todos os outros</p> <p>152 serviços. Quer em termos de tipo de utentes, quer em</p> <p>153 termos dos aspectos sociais. As carências deste tipo de</p> <p>154 doentes e os graus de dependência fazem com que</p> <p>155 desenvolvamos muito a nossa atenção. Em algumas</p> <p>156 especialidades apenas se dá a medicação, prepara-se os</p> <p>157 doentes para exames. Falam com os doentes, sim. Mas de</p> <p>158 forma diferente. Eu acho que não falam tanto com os</p> <p>159 doentes. Eles são autónomos, tratam das coisas deles, têm</p> <p>160 visitas, família, ...</p> <p>161 Enquanto nos doentes da medicina, se o enfermeiro não se</p> <p>162 aproxima dele, se não conversar, se não o tentar</p> <p>163 compreender, acabam por ficar sozinhos. É necessário</p> <p>164 aproximarmo-nos, fazê-los falar... Isto também é fazer</p> <p>165 enfermagem não é?</p> <p>166 Laura: Em que medida o processo de formação de</p> <p>167 identidade (“sentir-se enfermeiro”) mereceu um</p> <p>168 trabalho deliberado da escola?</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>169 Entrevistado: Eu acho que não. Eu acho que o aluno trás</p> <p>170 as bases da escola, mas depois, aqui, acaba por se</p> <p>171 expandir um pouco. E tanto que os alunos não se</p> <p>172 comportam todos no campo de estágio da mesma forma.</p> <p>173 E com um doente hoje comportam-se de uma forma,</p> <p>174 amanhã com outro, comportam-se de forma diferente.</p> <p>175 Acho que não há uma tendência deliberada da escola em</p> <p>176 relação à formação da identidade.</p> <p>177 Laura: Gostaria agora de lhe perguntar “Como foi o</p> <p>178 estudante integrado no serviço”?</p> <p>179 Entrevistado: Por norma no primeiro dia apresentamos a</p> <p>180 chefe do serviço e apresentamos o grupo à chefe. Depois</p> <p>181 apresentamos o grupo de alunos aos profissionais</p> <p>182 presentes. Os objectivos do EC são já do conhecimento de</p> <p>183 todos, mas relembramos. Seguidamente apresentamos o</p> <p>184 serviço (estrutura física) aos alunos. Falamos sobre o tipo</p> <p>185 de doentes e patologias mais frequentes.</p> <p>186 Falamos também do hospital em geral. Onde fica o bar, o</p> <p>187 refeitório, como podem fazer as suas refeições, ...</p> <p>188 Normalmente, no primeiro dia, não passa daí. No fundo</p> <p>189 tentamos integrá-los no serviço e na equipa. No segundo</p> <p>190 dia normalmente observam. Vêm os profissionais a</p> <p>191 prestar os cuidados aos doentes. Não temos o hábito de</p> <p>192 pôr logo os alunos com doentes. Primeiro observam e</p> <p>193 depois vamos integrando gradualmente as diferentes</p> <p>194 actividades. Começamos pelos cuidados de higiene</p> <p>195 (colaborando com eles), alimentação e assim</p> <p>196 progressivamente.</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>197 Temos por hábito todos os dias reflectir um bocadinho 198 com os alunos. Há situações que têm que ser reflectidas 199 de imediato com o aluno. Para além desse tipo de 200 reflexão, no grande grupo (no fim do turno) reflectimos 201 sobre as dificuldades sentidas. Se algo não foi bom, então 202 qual seria a melhor forma de ajudar...</p> <p>203 Laura: Se bem entendi fazem reuniões de grupo 204 diariamente e individualmente sempre que necessário.</p> <p>205 Entrevistado: Sim. Depois com o tempo também nos 206 vamos apercebendo que determinados alunos necessitam 207 de mais acompanhamento, e então estamos mais atentos 208 com eles.</p> <p>209 Laura: Pode falar-se de uma forma específica de se 210 ensinar a “ser e sentir-se enfermeiro”?</p> <p>211 Entrevistado: Acho que sim. E acho que estas reflexões 212 que fazemos sobre “como e porque é que fazemos as 213 coisas”, acabam por ser uma forma de se ensinar a ser e 214 sentir-se enfermeiro. Porque quando eles dizem que “eu 215 acho que isto correu ou não correu bem”, podíamos ficar 216 por ali. Mas acho que se questionarmos. “Achas que 217 correu bem? Mas se tivesse sido de outra forma?”. E se 218 eles próprios reflectem sobre as suas práticas, acabamos 219 por os ajudar a ser enfermeiros.</p> <p>220 Laura: Como foi o estudante ajudado a equacionar as 221 respostas humanas comprometidas?</p> <p>222 Entrevistado: Eu acho que foi o acompanhamento mais 223 personalizado possível no sentido de dar resposta às 224 dificuldades apresentadas.</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>225 Laura: Procedendo a uma retrospecção, quais os 226 aspectos que mais valorizou no processo de 227 acompanhamento do estudante?</p> <p>228 Entrevistado: O que mais valorizei? Apesar de valorizar 229 todos, valorizei mais o aspecto relacional: A forma como 230 o aluno se aproxima do doente. O não ter medo de 231 fazer...Chegam por vezes alunos com muito medo e 232 mantêm uma certa distância. Eu acho que neste tipo de 233 serviço e durante os EC os alunos devem ser incentivados 234 a construir uma relação de ajuda. Claro que há limites. 235 Mas eu acho que o facto de o aluno chegar junto do 236 doente e dizer “Bom Dia”, “Como está”, “Dormiu bem”, 237 “Como é que se sente”... valorizo muito isso. Não basta 238 entrar na sala e dizer Bom Dia e acabou. Acho que o lado 239 humano é muito importante. Dou muito valor a isso. À 240 forma como o aluno consegue comunicar. É certo que 241 todo o resto é importante, mas eu acho que é necessário 242 trabalhar muito esta parte.</p> <p>243 Laura: Por parte do docente eram também esses 244 aspectos que mais se valorizavam?</p> <p>245 Entrevistado: Eu acho que sim. Também as outras 246 coisas. Valorizavam muito as outras coisas. Mas eu acho 247 que nestes doentes mais idosos que vivem sozinhos, ou 248 quando têm filhos só os vêem à noite, é muito importante 249 ter alguém que fale com eles um bocadinho. Nem que seja 250 só para ouvir.</p> <p>251 Laura: Então acha que o docente valoriza mais 252 “outros aspectos”?</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>253 Entrevistado: Acho que valoriza este e outros aspectos.</p> <p>254 Laura: A valorização destes aspectos decorre da sua</p> <p>255 experiencia pessoal ou de uma cultura do próprio</p> <p>256 serviço?</p> <p>257 Entrevistado: Eu valorizo muito isto. Relativamente ao</p> <p>258 serviço, acho que no geral, as pessoas que cá trabalham</p> <p>259 também valorizam, tirando um ou outro caso.</p> <p>260 Acho que é uma questão pessoal e cultural.</p> <p>261 Laura: Uma nova questão: Como assumiu o estudante</p> <p>262 o seu papel de orientando neste processo? Que tipo de</p> <p>263 reacções manifestou?</p> <p>264 Entrevistado: o tipo de reacção inicial é de receio. Só ao</p> <p>265 aproximar-se das enfermarias já manifesta receio. O</p> <p>266 mesmo acontece com os doentes. Mas com o passar do</p> <p>267 tempo, se formos com eles... Aqui também é importante</p> <p>268 o tipo de doentes que temos. O facto de termos doentes</p> <p>269 agitados assusta o aluno. Mas se estivermos um</p> <p>270 bocadinho com eles junto do doente, são eles próprios que</p> <p>271 dizem “Já pode ir, eu agora fico...”. Acho que no inicio</p> <p>272 existe medo, mas com o tempo é ultrapassado.</p> <p>273 Laura: Ao longo do processo de acompanhamento do</p> <p>274 estudante foi possível identificar fases no processo de</p> <p>275 aprendizagem?</p> <p>276 Entrevistado: Acho que sim. Aliás isso aconteceu</p> <p>277 mesmo com este grupo. Quando cá chegaram vinham</p> <p>278 com uma postura e ao longo do EC mudaram muito.</p> <p>279 Notou-se que cresceram como alunos e como pessoas. E</p> <p>280 depois há aquelas fases em que eles “saltam” para a</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>281 seguinte porque sentem que já está tudo consolidado.</p> <p>282 Laura: Considerando a complexidade da clínica, como</p> <p>283 reagiu emocionalmente o estudante aos desafios</p> <p>284 colocados?</p> <p>285 Entrevistado: Acho que ultrapassando o primeiro</p> <p>286 impacto, depois até reagem bem. A medicina é muito</p> <p>287 inconstante. Hoje é assim, amanhã pode estar</p> <p>288 completamente diferente. É por isso que acho que neste</p> <p>289 aspecto até reagiram muito bem. Tirando o impacto de</p> <p>290 conhecer, até reagiram bem. A medicina é um serviço que</p> <p>291 mexe muito com as emoções. E neste grupo até se notou</p> <p>292 que o serviço “medicina” mexeu muito com eles.</p> <p>293 Tivemos aí uma senhora muito grave e isso abalou-os</p> <p>294 muito. Também quando há um caso de morte eles sentem</p> <p>295 sempre muito. Um cuidado que habitualmente temos,</p> <p>296 quando há um caso de morte, é parar e reunir com eles.</p> <p>297 Falamos sobre o sucedido de forma a que eles encarem a</p> <p>298 morte como um processo natural. Mas é curioso que eles</p> <p>299 próprios, nos relatórios, referem que no início, sentiam-se</p> <p>300 muito fragilizados emocionalmente e, que depois com o</p> <p>301 tempo conseguem enfrentar melhor esta situação.</p> <p>302 Laura: Qual o maior desafio que se colocou no seu</p> <p>303 desempenho de papel de tutor?</p> <p>304 Entrevistado: Essa é muito difícil. Isto é quase todos os</p> <p>305 dias um desafio... Lembro-me de uma doente que</p> <p>306 tivemos cá que se isolava muito e estava atribuída a um</p> <p>307 aluno. O aluno tentava dirigir-se a ela e não conseguia.</p> <p>308 Ela era muito fechada. E o aluno começou a dizer: “Não</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>309 consigo fazer nada com ela. Quero mudar de doente...” E</p> <p>310 foi difícil convencer o aluno a não desistir da doente, mas</p> <p>311 antes arranjar estratégias para conseguir trabalhar com</p> <p>312 ela. Custou um bocadinho, mas conseguimos. Isto</p> <p>313 reflectiu-se muito no trabalho do aluno. No fim disse</p> <p>314 “ainda bem que não desisti. Afinal conseguimos. Ela</p> <p>315 acabou por falar...”. Mas foi muito complicado porque</p> <p>316 tanto a doente como a família tinham um feitio muito</p> <p>317 difícil.</p> <p>318 Mas há mais desafios. Os alunos são todos tão diferentes</p> <p>319 uns dos outros que são verdadeiros desafios. Há sempre</p> <p>320 um desafio diário. “Como é que o aluno hoje vai</p> <p>321 reagir...”.</p> <p>322 Laura: Qual considera ser o papel da equipa no</p> <p>323 processo de acompanhamento do estudante?</p> <p>324 Entrevistado: Acho que tem um papel muito importante.</p> <p>325 Se a equipa for acolhedora, se os alunos se sentirem bem</p> <p>326 no seio da equipa, se sentem que são bem recebidos, para</p> <p>327 eles é muito gratificante e o nível de desenvolvimento do</p> <p>328 aluno é também favorável. Outro aspecto positivo é</p> <p>329 também o processo de aprendizagem.</p> <p>330 Laura: Agora gostaria de direccionar a nossa conversa</p> <p>331 no sentido de identificar as principais dificuldades</p> <p>332 sentidas por si como tutor(a). Nesse sentido pedia-lhe</p> <p>333 que me referisse “Quais as dificuldades que sente no</p> <p>334 processo de acompanhamento dos estudantes em EC</p> <p>335 em geral?</p> <p>336 Entrevistado: Dificuldades? Difícil às vezes é lidar com</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>337 a personalidade dos alunos e também com a sua parte 338 pessoal. Porque eles quando chegam trazem uma 339 bagagem global muito grande. Eu já tive alunos, aliás 340 mais do que um, em que tive necessidade de interromper 341 o trabalho, e levá-lo lá para fora, pedir aos colegas para 342 ficarem com ele e deixá-los uma a duas horas a conversar. 343 Eles trazem problemas de lá de fora, com os pais, 344 separação dos pais, ...e isso influencia-os muito. E nós 345 temos de os ajudar a resolver estas situações para depois 346 eles poderem iniciar aqui o seu trabalho. Acaba por ser: 347 conhecer o aluno e ajudá-lo a resolver os problemas que 348 ele trás.</p> <p>349 No caso da aplicação da teoria na prática, nós 350 conseguimos trabalhá-lo. Pode um ou outro levar mais 351 tempo. Mas isso não é o pior. Por vezes dizem: “tenho 352 que levar isto para fazer em casa, mas não posso. A minha 353 mãe nunca está em casa, sou eu que faço tudo lá em 354 casa...”. Somos muitas vezes obrigadas a resolver este 355 tipo de problemas. Que são muito complicadas.</p> <p>356 Laura: Falamos em termos gerais. E no caso 357 particular destes estudantes?</p> <p>358 Entrevistado: O E1 era um bocadinho rebelde. Rebelde 359 no sentido de «cabeça no ar». Tem tempo para tudo 360 menos... O E2 era o oposto. Ele gosta muito de 361 enfermagem mas tem que ter tempo para os jogos lá fora. 362 Mas o E1 era daqueles alunos que hoje está muito bem e 363 amanhã sai tudo ao contrário. E depois o problema de não 364 chegar a horas, os processos nunca estão em dia,...</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>365 Tínhamos constantemente de lhe dizer que antes de fazer 366 as coisas tinha que pensar sobre elas. Ele diz que sim, mas 367 nós notamos que ele pensa em tudo menos no que nós 368 estamos a dizer.</p> <p>369 Laura: Em que medida a escola a apoia no 370 desenvolvimento do seu papel como tutor?</p> <p>371 Entrevistado: Até agora não tenho tido nenhum 372 problema em falar com a escola e em que a escola esteja 373 atenta às minhas solicitações. Acho que até por norma é 374 uma escola que está atenta aos problemas dos alunos.</p> <p>375 Já trabalhei com diferentes professores da escola e nunca 376 tive problemas. Quando solicitei ajuda tive sempre. Quer 377 cá no serviço, quer na escola.</p> <p>378 Não me tenho sentido “desprotegida”.</p> <p>379 Laura: E o seu serviço?</p> <p>380 Entrevistado: O apoio deste serviço?</p> <p>381 Laura: Sim.</p> <p>382 Entrevistado: Acho que é um bocadinho aquelas duas 383 vertentes. Eu sou tutora mas também sou enfermeira do 384 serviço. E isso é bom e mau ao mesmo tempo. É bom 385 porque conhecemos o serviço, os locais de tudo, os 386 colegas, ... E porque estamos habituados a cada um 387 sabemos distinguir qual é o que tem mais apetência para 388 lidar com os alunos. Mas põe outro lado, também 389 acontece o reverso. Estamos no serviço e alguns colegas 390 esquecem-se, e confundem-nos. Com os médicos é a 391 mesma coisa. Temos que saber gerir. Quando estamos de 392 turno, estamos com os colegas de serviço, quando esta-</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>393 mos como tutores, estamos cá para os alunos. Temos que</p> <p>394 nos impor um bocadinho.</p> <p>395 Laura: Mas sente que há alguma dificuldade em</p> <p>396 delimitar esse espaço?</p> <p>397 Entrevistado: Às vezes há. No início foi mais difícil.</p> <p>398 Temos que clarificar bem o que estamos naquele</p> <p>399 momento a fazer.</p> <p>400 Laura: Diga-me: Como sentem os seus colegas o seu</p> <p>401 exercício de papel de tutor?</p> <p>402 Entrevistado: Pessoalmente penso que não tenho</p> <p>403 problemas. Nunca me questionaram sobre o porquê de ter</p> <p>404 sido escolhida para orientar alunos. Ou como foi feita a</p> <p>405 selecção, ... Mas como estamos cá por parte da escola e</p> <p>406 não por parte do serviço/chefe acho que isso acaba por ser</p> <p>407 minimizado.</p> <p>408 Laura: Teve alguma formação específica para</p> <p>409 acompanhar os estudantes?</p> <p>410 Entrevistado: Aqui há uns tempos fizeram uma formação</p> <p>411 cá no hospital sobre “Orientação de alunos em EC”.</p> <p>412 Nessa altura fui. Agora vou iniciar o curso de Supervisão</p> <p>413 Clínica.</p> <p>414 Laura: Essa formação demorou quanto tempo?</p> <p>415 Entrevistado: Foi pouco tempo. Foi só um dia. Mas</p> <p>416 ficamos com umas luzes, por assim dizer. Eu acho que até</p> <p>417 foi mais para nos despertar o interesse pelo Curso de</p> <p>418 Supervisão Clínica. Mas de qualquer forma foi bom.</p> <p>419 Antes de entrarmos neste modelo, outras escola passaram</p> <p>420 por cá e a distribuição era feita pelos enfermeiros que</p>	

CONTEUDO DA ENTREVISTA	OBSERVAÇÕES
<p>421 nesse dia estavam de turno de manhã. E isso deu-me</p> <p>422 alguma experiência.</p> <p>423 Laura. Reflectindo sobre a sua experiencia de tutora</p> <p>424 em que áreas deve incidir a preparação dos tutores</p> <p>425 para o acompanhamento clínico?</p> <p>426 Entrevistado: Estratégias para lidar com os diferentes</p> <p>427 comportamentos dos alunos com diferentes</p> <p>428 personalidades. Acho que ainda é das coisas que é</p> <p>429 importante.</p> <p>430 Acho que é necessário conhecer minimamente o aluno e</p> <p>431 depois temos que nos adaptar a cada um. Não podemos</p> <p>432 lidar com todos da mesma forma. Temos que direccionar</p> <p>433 a nossa atenção sobre “aquele aluno” de forma diferente.</p> <p>434 E isto para todos eles.</p> <p>435 E estratégias para lidar com situações diversas. Os alunos</p> <p>436 trabalham para pagar o curso. A nível familiar cada vez</p> <p>437 há mais problemas. Nota-se que alguns alunos até</p> <p>438 regridem quando têm problemas pessoais e familiares.</p>	

ANEXO XII

Registo de uma sessão de observação participante

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p>1 29 -05-2008</p> <p>2 3º Dia de Observação</p> <p>3 Local: Serviço de Cirurgia _____</p> <p>4 Tempo de EC: 3ª semana</p> <p>5 Horário: 10.00h às 12h</p> <p>6 Intervenientes: Estudantes e Tutor(a) – T4</p> <p>7</p> <p>8 Entrei no serviço cerca das 10h. Ainda no corredor cruzei-</p> <p>9 me com a Enfª chefe do serviço. Cumprimentamo-nos e</p> <p>10 ela informou-me que hoje era a enfermeira T4 que estava</p> <p>11 a orientar os estudantes.</p> <p>12 Dirigi-me à sala de trabalho. A tutora T4 estava sentada a</p> <p>13 trabalhar com o computador. A estudante E4 preparava a</p> <p>14 medicação para o seu doente (um soro e um comprimido).</p> <p>15 Paralelamente informava a T4 de que o seu doente tinha</p> <p>16 reagido mal à notícia de que já não ia ser operado hoje.</p> <p>17 Entrou o E1. O seu sorriso era de quem está bem-</p> <p>18 disposto. Começou a preparar o material para fazer uma</p> <p>19 punção venosa. Durante a preparação, a tutora foi-lhe</p> <p>20 colocando questões sobre a medicação do doente e a</p> <p>21 pertinência da colheita de sangue naquele momento. O E1</p> <p>22 não parecia muito seguro na resposta, no entanto manteve</p> <p>23 o seu ar de boa disposição. Segundo os colegas, o E1 é</p> <p>24 “uma pessoa que consegue dar a volta por cima, e</p> <p>25 dificilmente manifesta sinais de perturbação”.</p> <p>26 A E4 saiu para a enfermaria e eu acompanhei-a. A</p> <p>27 enfermaria grande (8 camas) apresentava um ar arejado e</p> <p>28 limpo, no entanto, junto dos doentes ainda se encontra-</p> <p>29</p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p>30 vam os tabuleiros do pequeno-almoço, já tomado. Os</p> <p>31 doentes descansavam. Os autocuidados estavam já</p> <p>32 terminados. No entanto, junto de um dos doentes ainda se</p> <p>34 encontrava um pequeno-almoço por tomar. Aguardei.</p> <p>35 Apercebi-me de seguida que era um doente da E4.</p> <p>36 Questionei-a sobre qual era o doente de que havia falado</p> <p>37 no gabinete de que já não ia ser operado. Explicou-me</p> <p>38 que era aquele e que por isso lhe ia dar a medicação oral,</p> <p>39 colocar o soro diário e o doente ia tomar o pequeno-</p> <p>40 almoço. Referiu: “Já não vai ser operado porque chegou o</p> <p>41 resultado de uma análise e dá um bicharoco qualquer”.</p> <p>42 Perguntei: “Pseudomonas?”. Respondeu: “Isso”.</p> <p>43 Neste instante a tutora T4 entrou na enfermaria com o E1</p> <p>44 para efetuarem uma colheita. À distância apercebi-me que</p> <p>45 o E1 fez a desinfecção mas que tecnicamente não procedeu</p> <p>46 de forma adequada, o que mereceu o comentário da</p> <p>47 tutora. O doente apercebeu-se mas manteve-se sempre</p> <p>48 colaborativo. À segunda tentativa o E1 conseguiu fazer a</p> <p>49 colheita.</p> <p>50 Em simultâneo a E4 colocava o pequeno-almoço no</p> <p>51 regaço do seu doente. Seguidamente deu-lhe o</p> <p>52 comprimido para tomar com o pequeno-almoço. Fez a</p> <p>53 desinfecção do CVP e preparava-se para colocar o soro ao</p> <p>54 doente. Neste instante teve a intersepção da T4: “Para que</p> <p>55 estas a colocar o soro? Deixa o doente tomar o pequeno-</p> <p>56 almoço em paz. É um soro diário, tanto faz correr agora</p> <p>57 como mais daqui a um bocado. Assim com as mãos livres</p> <p>58 o pequeno-almoço sabe melhor”. A E4 ficou constrangida</p> <p>59 e na sua face deixou transparecer um ar de irritação. O</p> <p>60 doente interveio dizendo que o soro não</p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p>61 o incomodava, que podia ser colocado naquele momento.</p> <p>62 A T4 defendeu a sua opinião e o doente ficou por</p> <p>63 momentos sem soro.</p> <p>64 Já a T4 estava de saída da enfermaria quando aproveitei</p> <p>65 para a questionar sobre as actividades de amanhã (6^a</p> <p>66 feira) na Escola. Respondeu que pensava ser semelhante</p> <p>67 aos outros dias. Primeiro apresentação dos relatórios</p> <p>68 semanais, e depois reunião individual entre tutores e</p> <p>69 estudantes por grupo de EC.</p> <p>70 Manifestou considerar interessante a primeira parte da</p> <p>71 manhã porque permite conhecer outras metodologias de</p> <p>72 trabalho e outras realidades. Referiu que no hospital de</p> <p>73 _____ os estudantes ainda trabalham à tarefa e que isso</p> <p>74 no primeiro grupo de EC foi motivo de</p> <p>75 espanto/curiosidade por parte dos outros grupos.</p> <p>76 Disse: “Os alunos do meu grupo não conseguiam perceber</p> <p>77 porque é que os colegas já administravam medicação e</p> <p>78 eles ainda não”.</p> <p>79 Referiu que no ano passado já orientou estudantes desta</p> <p>80 escola e que houve reformulação da metodologia do EC.</p> <p>81 Segundo ela, no ano transacto os estudantes iam à escola</p> <p>82 à segunda-feira mas os tutores não. Este ano sente que lhe</p> <p>83 é pedido um maior envolvimento.</p> <p>84 Questionei-a sobre quais os critérios para ser tutora. Senti</p> <p>85 que a T4 teve alguma dificuldade em responder. Disse</p> <p>86 pensar que o principal critério é o enfermeiro ser do</p> <p>87 serviço. Referiu as vantagens ao nível da integração do</p> <p>88 estudante no serviço. “Nós somos do serviço, é muito</p> <p>89 mais fácil integrar um aluno, do que um colega que não</p> <p>90 conheça o serviço”.</p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p>91 Manifestou alguma dificuldade em dizer se considera que</p> <p>92 a formação em supervisão tem algum peso.</p> <p>93 Durante a nossa conversa a E4 pedi autorização à T4 para</p> <p>94 ir fazer o lanche da manhã. Teve o cuidado de passar os</p> <p>95 seus doentes ao colega E1. Passou os dois doentes que</p> <p>96 tinha a seu cargo, sendo que hipervalorizou um deles.</p> <p>97 “Estás a ouvir? Não te esqueças, este doente está no</p> <p>98 bloco”. Esta frase foi motivo de brincadeira por parte da</p> <p>99 tutora, que disse: “Está e estará. Podes ir e voltar e o</p> <p>100 doente lá continuará”. Comigo disse: “Têm cada uma. O</p> <p>101 que neste momento menos precisa foi o que mais</p> <p>102 valorizou”.</p> <p>103 Após terminarmos a conversa, a T4 saiu da enfermaria e</p> <p>104 eu permaneci. Momentos depois entrou o E2. Esta semana</p> <p>105 ainda não tinha estado com este estudante, pelo que lhe</p> <p>106 perguntei como estava a correr o EC.</p> <p>107 Com o seu ar sorridente o E2 respondeu que estava a</p> <p>108 correr bem. Que este EC está a ser diferente. Referiu</p> <p>109 sentir-se mais autónomo e mais independente. “Estamos</p> <p>110 distribuídos de forma diferente da medicina. Não estamos</p> <p>111 tão juntinhos e isso obriga-nos a sermos mais autónomos</p> <p>112 e a tomarmos decisões”. Referiu-se também à colaboração</p> <p>113 da equipa de enfermagem como um factor positivo.</p> <p>114 “Estou sozinho numa enfermaria de 5 camas. Apesar de</p> <p>115 só ter dois doentes, converso com os restantes e colaboro</p> <p>116 com a enfermeira da sala e ela comigo. Os dois formamos</p> <p>117 uma equipa”.</p> <p>118 Em relação à equipa médica acrescentou que o tratam</p> <p>119 como enfermeiro e que sente uma relação de confiança.</p> <p>120 Disse: “Se tiver dúvidas posso colocar. No</p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p> 121 entanto sinto que os médicos mais novos ainda não 122 sentem muito à-vontade para responder. Mas são 123 simpáticos. Acrescentou que existe por parte dos tutores o 124 cuidado de rodar os alunos pelas diferentes enfermarias e 125 que considerava ser um factor positivo. “Todas as 126 semanas mudamos. Estamos quatro dias com cada doente, 127 depois trocamos. Isto permite-nos contactar com 128 diferentes doentes, patologias e enfermeiros. Acho muito 129 bom”. Referiu ainda que estas tutoras têm uma orientação 130 muito convergente. Considerou não existir diferenças 131 significativas. “Ambas valorizam muito os conhecimentos 132 e a destreza”. Quando se referiu à comunicação/relação 133 fez questão de salientar que apesar de as tutoras 134 verbalizarem a importância do estabelecimento de uma 135 relação adequada para com o doente, considera que “não 136 são muito correctas com os alunos”. Referiu, à 137 semelhança do que já foi dito por outros estudantes, que 138 habitualmente são chamados à atenção no meio da 139 enfermaria, sala de trabalho e corredores de forma pouco 140 correcta. Apesar de considerar que esta metodologia de 141 trabalho desenvolve mais o estudante, considera que tanto 142 ele como os colegas estão a sentir-se mal com as atitudes 143 dos tutores. “A forma como somos chamados à atenção 144 incomoda-nos, faz-nos sentir mal e pensar que somos 145 inferiores. Ainda ontem a E5 teve necessidade de ir à 146 medicina ____ e pedir à tutora T3 para lhe dizer se o 147 nosso grupo é mais fraco do que o que ela tem agora”. 148 Acrescentou que o grupo era muito unido e que 149 tencionam falar com a Prof ____ na sexta-feira sobre 150 estes aspectos. Acrescentou ainda que a média </p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p>151 de faltas neste estágio é superior ao de medicina. “Aqui 152 vimos por obrigação”.</p> <p>153 Percebe-se que a postura das tutoras, em termos globais, 154 está a influenciar a auto-estima dos estudantes e que eles 155 se sentem menosprezados. Também parece consensual 156 que os enfermeiros do serviço são muito colaborativos e 157 disponíveis. Há no entanto divergência de opinião em 158 relação à metodologia de distribuição dos doentes.</p> <p>159 Alguns alunos sentem mais segurança com a metodologia 160 praticada na medicina. Dá-lhes mais segurança ter um 161 colega por perto. Outros consideram que estar mais 162 distante do colega lhes permite um maior 163 desenvolvimento ao nível do processo 164 ensino/aprendizagem.</p> <p>165 De seguida aproveitei para percorrer o serviço, no sentido 166 de conhecer melhor a estrutura física. Cruzei-me com a 167 tutora T4 e aproveitei para lhe perguntar onde ficava a 168 sala de tratamentos. Perguntou-me: “Quem é que está a 169 fazer penso?”. Expliquei que apenas estava a tentar 170 conhecer melhor o serviço. Então a tutora levou-me às 171 duas salas de tratamentos e explicou-me a orgânica. “Esta 172 é a sala de pensos desta Ala. No entanto como aquela está 173 mais próxima, constantemente a usamos. Como o serviço 174 é o mesmo não tem qualquer problema”.</p> <p>175 Referiu-se às diferentes dependências: enfermarias, copa, 176 vestiários, arrecadação, gabinetes, ... e acrescentou que, 177 atendendo à existência de obras no serviço, sentia uma 178 grande limitação ao nível da orientação dos estudantes.</p> <p>179 Referiu-se ao facto de não existir uma sala onde possa 180 reunir com os estudantes, como algo de desvantajoso.</p>	

NOTAS DE CAMPO	OBSERVAÇÕES E CODIFICAÇÃO
<p> 181 Disse: “No refeitório estão sempre doentes a entrar e a 182 sair. Na sala de trabalho estão os colegas e às vezes os 183 médicos, na arrecadação quase não temos espaço, ...”. 184 Percebi com esta intervenção que havia consenso com os 185 comentários dos estudantes. Esta tutora parece ter 186 consciência que não é apropriado ter determinadas 187 conversas com os estudantes nos espaços que 188 habitualmente utiliza. No entanto o serviço parece não lhe 189 oferecer mais recursos. 190 Seguidamente dirigimo-nos para a sala de trabalho. Os 191 estudantes iniciavam a preparação da medicação das 12h 192 na presença de enfermeiros do serviço. Permaneci algum 193 tempo. Cerca das 12h sai do serviço. </p>	

ANEXO XIII

Matriz de dados da Observação Participante - Síntese

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: CONTEXTO

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Integração do estudante	CIE	<p>- No primeiro dia de EC os estudantes foram apresentados à enfermeira chefe do serviço e restante equipa de enfermagem presente. Foi-lhes mostrada a estrutura física do serviço e caracterizado o tipo de doentes que habitualmente ali se encontram internados.</p> <p>No sentido de facilitar a integração dos estudantes no contexto clínico, as atividades foram introduzidas de forma gradual. Nos dois primeiros dias de EC os estudantes estiveram em “observação”. No terceiro e quarto dia foram atribuídos dois doentes para os oito estudantes. Os estudantes foram divididos em dois grupos de quatro. A distribuição foi de quatro estudantes por doente. Num dia, dois estudantes prestaram cuidados ao doente e, os outros dois observaram. No dia seguinte trocaram. No quinto e sexto dia, foi atribuído um doente a cada estudante sendo-lhes permitido colaborar com os colegas. Os autocuidados tomar banho, vestir-se e despir-se foram efetuados dois a dois.</p> <p>A integração das atividades continuou de forma gradual: prosseguiram com o autocuidado comer e beber, avaliação de glicemias, administração de insulinas, avaliação de dados vitais, administração de oxigenoterapia, registos, passagem de turno e, por fim, administração de terapêutica. Sendo que esta última, também se dividiu em dois momentos. Primeiro medicação oral e só mais tarde injetável.</p>	<p>- No primeiro dia de EC os estudantes foram apresentados à enfermeira chefe do serviço e restante equipa de enfermagem presente. Foi-lhes mostrada a estrutura física do serviço e caracterizado o tipo de doentes que habitualmente se encontra internado neste serviço.</p> <p>No sentido de facilitar a integração dos estudantes no contexto clínico, as atividades foram introduzidas de forma gradual. No segundo dia não lhes foram atribuídos doentes. Colaboraram com os enfermeiros do serviço na prestação de cuidados. No terceiro dia de EC foram atribuídos dois doentes.</p> <p>Até ao fim da primeira semana os estudantes centraram-se nos autocuidados.</p> <p>Na segunda-feira da segunda semana os estudantes já prestam cuidados globais aos seus dois doentes. Apenas não efetuam registos no processo clínico dos doentes nem transmitem a informação referente aos seus doentes durante a passagem de turno. O registo de evolução dos doentes, e respetiva transmissão de informação, iniciou-se na quarta semana de EC.</p> <p>- Desde o início do EC os estudantes foram distribuídos pelas várias enfermarias existentes no serviço obedecendo aos seguintes critérios:</p> <p>* enfermarias de duas ou três camas - um aluno,</p> <p>* enfermarias com mais camas - dois alunos.</p> <p>Este tipo de distribuição permitiu uma maior aproximação dos</p>

		<p>A partir da quarta semana os estudantes iniciaram a prestação de cuidados globais aos doentes que lhes foram atribuídos. Consideram-se seguros em relação aos procedimentos técnicos e manifestam que já conseguem comunicar com os seus doentes e que se sentem completamente integrados.</p> <p>Até ao fim da quinta semana de EC apenas foi atribuído um doente a cada estudante. Os estudantes estiveram distribuídos todos na mesma enfermaria.</p> <p>Na sexta semana de EC foram atribuídos pela primeira vez, dois doentes a cada estudante. Por tal motivo os estudantes foram divididos por três enfermarias. Este tipo de distribuição manteve-se até ao fim do EC.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O momento da integração de cada uma das atividades foi sempre negociado entre tutores e professor da escola. - Apesar de ser uma primeira experiência clínica, os estudantes integraram-se sem dificuldade neste contexto da prática clínica. A constante presença e apoio dos tutores tornou-se facilitadora deste processo. 	<p>alunos aos enfermeiros do serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porque o serviço é composto por duas “alas”, na sexta-semana de EC os estudantes trocaram de “ala” no sentido de lhes ser permitido o contacto com outro tipo de patologias. Esta mudança não condicionou a integração na medida em que a estrutura física é igual e a equipa de enfermagem é a mesma. - A integração no serviço de cirurgia foi facilitada devido aos seguintes fatores: <ul style="list-style-type: none"> * ser um segundo ensino clínico; * a receptividade da equipa de multidisciplinar; * o modelo de distribuição dos alunos. <p>Os fatores dificultadores da integração para alguns dos estudantes foram: o género, a idade e o facto de estarem habituados a um maior acompanhamento por parte dos tutores.</p>
Ambiente de Aprendizagem	CAA	<p>Este serviço de medicina caracteriza-se pela presença de um número muito significativo de idosos do sexo feminino que sofreu algum tipo de alteração no processo normal de envelhecimento.</p> <p>As patologias mais frequentemente encontradas nas doentes internadas neste serviço são: doença pulmonar obstrutiva crónica, pneumonias, acidentes vasculares cerebrais, acidentes isquémicos transitórios, insuficiência cardíaca congestiva, pielonefrites e doenças hepáticas.</p> <p>O serviço possui um total de 27 camas distribuídas por cinco enfermarias. Uma com oito camas, duas com seis, uma outra com quatro e por último, uma de três camas. Nele prestam-se cuidados individualizados apesar de em alguns momentos privilegiarem o trabalho em equipa.</p> <p>Entre médicos e enfermeiros não existe grande interação. A intercomunicabilidade entre estes dois grupos</p>	<p>Este serviço embora contemple situações de cirurgia geral está muito vocacionado para o tratamento de doenças do aparelho digestivo.</p> <p>Acolhe indivíduos do sexo masculino de diferentes faixas etárias. Tem um total de 60 camas, encontrando-se dividido em duas alas. A primeira com 33 camas e outra com 27. As primeiras seis camas encontram-se desativadas por motivo de obras na respetiva enfermaria. Devido a tal facto cada uma das alas tem em funcionamento cinco enfermarias. Uma com oito camas, duas com seis, uma outra com quatro e por último, uma de três camas.</p> <p>A distribuição dos doentes por enfermaria é feita em função do diagnóstico médico.</p> <p>Este serviço é caracterizado pela complexidade das intervenções cirúrgicas e pela diversidade de cuidados. Desenvolve-se neste serviço uma estrutura médica muito</p>

		<p>profissionais, sendo mínima, limita-se à delegação de cuidados e cumprimento de ordens. Nos momentos mais informais, o distanciamento mantém-se.</p> <p>A segmentação e hierarquização profissional são evidentes.</p>	<p>qualificada.</p> <p>Tratando-se de um serviço de cariz científico-técnico, as ações de enfermagem são altamente dependentes do ato médico. As patologias tratadas pertencem maioritariamente a domínios especializados, pelo que uma base normalizada para o diagnóstico, assenta em meios auxiliares de diagnóstico.</p> <p>As competências reconhecidas como prioritárias por os enfermeiros que trabalham neste serviço centram-se fundamentalmente ao nível científico-técnico.</p> <p>Verifica-se nesta unidade uma forte coesão entre cada grupo profissional e simultaneamente algum grau de aproximação entre os diferentes grupos.</p> <p>Entre a equipa médica e a de enfermagem existe algum grau de aproximação. Em relação à equipa de enfermagem a intercomunicabilidade é grande.</p>
--	--	---	---

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: RELAÇÃO PEDAGÓGICA

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Relação entre tutor e estudante	RPRTE	<p>Os tutores da medicina veem a enfermagem de acordo com uma perspectiva holística com acentuada ênfase sobre a relação entre quem cuida e quem é alvo de cuidados. Paralelamente, a visão que possuem sobre supervisão clínica assenta na base do apoio, escuta, desenvolvimento.</p> <p>A relação que estabeleceram com os estudantes foi promotora de um desenvolvimento global, positivo e harmonioso, facilitando o aperfeiçoamento das competências pessoais, relacionais, cognitivas e técnicas.</p> <p>A presença e disponibilidade contínuas favoreceu uma relação de abertura entre os tutores e os estudantes.</p>	<p>A relação pedagógica estabelecida entre tutores e estudantes não privilegiou um ambiente de confiança, abertura e afetividade positiva.</p> <p>No fim do EC os estudantes ainda demonstram dificuldade em estabelecer uma relação de proximidade com as tutoras. Referem que em alguns momentos as orientações dadas careceram de privacidade facto que os levou a sentirem-se expostos.</p>
Relação entre professor e estudante	RPRPE	<p>- A relação entre professor e estudantes é de abertura e proximidade. Os estudantes demonstram grande à-vontade na sua presença. O professor revela possuir conhecimento sobre o desenvolvimento dos estudantes e respetivos problemas. Demonstra envolvimento e sensibilidade na relação que estabelece com eles.</p> <p>A relação desenvolvida entre ambos é facilitadora do diálogo. Os estudantes sentem confiança para manifestar dificuldades.</p>	<p>- A relação entre professor e estudantes é de abertura e proximidade. Os estudantes demonstram grande à-vontade na sua presença. O professor revela possuir conhecimento sobre o desenvolvimento dos estudantes e respetivos problemas. Demonstra envolvimento e sensibilidade na relação que estabelece com eles.</p> <p>A relação desenvolvida entre ambos é facilitadora do diálogo. Os estudantes sentem confiança para manifestar dificuldades.</p>

Relação entre tutor e professor	RP RTP	A relação estabelecida entre professor e tutores, tendo por base o respeito, é de muita abertura e proximidade. O professor demonstra elevada sensatez e subtilidade.	_____
Relação entre estudante e equipa multidisciplinar	RP REEM	<ul style="list-style-type: none"> - A relação estabelecida entre a equipa de enfermagem e os estudantes, no início do EC, foi de distanciamento e pouca aceitação, sendo que ao longo do mesmo, foi evoluindo de forma favorável. - A relação que os enfermeiros estabelecem com os estudantes diverge em função da presença de cada um dos tutores. - A relação entre equipa multidisciplinar e estudantes é de distanciamento. Este distanciamento também é visível na relação entre equipa multidisciplinar e enfermeiros do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - A equipa de enfermagem demonstrou desde o início do EC envolvimento no processo de desenvolvimento de competências do estudante. A relação que estabelece com os estudantes é de aproximação, aceitação, colaboração e orientação. Promove o desenvolvimento de competências globais nomeadamente a autonomia, iniciativa, segurança, autodomínio, autoestima e atitude, tornando-se agente facilitador da aprendizagem. Os estudantes demonstram abertura e à-vontade na presença dos enfermeiros. Frequentemente solicitam orientação aos enfermeiros do serviço em detrimento da orientação dos tutores. - A equipa médica é disponível e facilitadora em relação ao desenvolvimento das competências científicas. De salientar que são os médicos mais velhos e de categoria profissional mais elevada que demonstram mais disponibilidade e abertura para com os estudantes. - A equipa multidisciplinar do bloco operatório estabeleceu com os estudantes (segundo opinião destes) uma relação pedagógica facilitadora da aprendizagem.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: RELAÇÃO SOCIO-CLÍNICA

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Relação entre estudante e o utente	RSCREU	<p>A relação estabelecida entre os estudantes e os utentes decorreu dentro da normalidade esperada para um primeiro EC. Apesar de existir uma preocupação constante em estabelecer com o utente uma relação terapêutica, até cerca de metade do EC a relação privilegiou fundamentalmente a execução de procedimentos técnicos. À medida que os estudantes adquiriram destreza ao nível dos procedimentos, começaram a desenvolver com o doente, uma relação de maior proximidade privilegiando uma visão integradora e holística da Pessoa. Tornaram-se recetivos às solicitações dos doentes e demonstraram ser capazes de fazer uma boa articulação das diferentes competências profissionais investindo significativamente em termos de atitudes e relação.</p>	<p>A relação estabelecida entre estudantes e utentes foi condicionada por vários fatores. Alguns estudantes do sexo feminino demonstraram dificuldade no estabelecimento de uma relação socio-clínica com os seus doentes. Tal facto esteve relacionado com o género e idade. Outro aspeto condicionador para alguns estudantes foi (de acordo com a opinião dos mesmos) a procura constante de informação por parte do doente.</p> <p>Em função do contexto, os doentes assumiram posições de colaboração, cumplicidade ou reatividade na relação com os estudantes.</p> <p>Os estudantes são da opinião que a relação que as tutoras estabeleceram com eles, influenciou na sua aceitação por parte dos doentes.</p>
Relação entre pares	RSCREP	<ul style="list-style-type: none"> - A relação entre os estudantes é de muita cooperação e de cordialidade. Prevalece uma relação de interajuda entre os vários elementos. Para além da colaboração existe ainda espírito de camaradagem e boa disposição entre todos. - O grupo de estudantes articula-se no sentido de partilhar competências técnico-científicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - No início do EC a relação entre os alunos era de interajuda e de cumplicidade. Partilhavam saberes/conhecimentos e desenvolviam trabalhos de pesquisa em conjunto. Com o decorrer do EC a interação entre alguns elementos foi diminuindo. Passou a haver menos partilha entre os vários colegas levando à formação de dois subgrupos. Entre os subgrupos, em alguns momentos, surgiu conflitualidade. Os vários atores entendem esta atitude de diferentes perspetivas. Para uns, nunca houve coesão. Tratou-se apenas de uma “falsa coesão” resultante da metodologia de trabalho

			utilizada no EC medicina. Segundo outros, está relacionada com o baixo empenhamento de alguns elementos. Outros ainda, defendem tratar-se de um falso problema, na medida em que, este distanciamento está unicamente relacionado com problemas pessoais que alguns colegas estão a vivenciar.
Relação entre tutor e a equipa multidisciplinar	RSCRTEM	<p>No início do EC a colaboração e interajuda por parte dos enfermeiros do serviço era escassa. Com o decorrer das práticas, começou a verificar-se uma relação de colaboração por parte de alguns enfermeiros.</p> <p>A opinião dos tutores em relação a este aspeto não é convergente, situando-se inclusive em polos opostos.</p> <p>A relação estabelecida entre tutoras e equipa multidisciplinar é de algum distanciamento.</p>	A relação entre tutores e equipa de enfermagem é de colaboração e interajuda. Existe uma boa relação entre a equipa multidisciplinar.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Intervenção pedagógica do professor	IPIPP	<p>Estando atribuído ao professor a responsabilidade do EC a sua intervenção pedagógica foi de acompanhamento e mediação da aprendizagem. Sendo possuidor de um conhecimento pleno sobre a filosofia da escola preocupou-se em estabelecer a adequação entre as experiências clínicas do estudante e o currículo académico. Interveio ao nível das competências de desenvolvimento profissional dando especial relevo à postura e às competências científico-técnicas. Numa primeira fase do EC deu especial relevo ao rigor dos procedimentos técnicos e à sua aproximação às aulas práticas em contexto de sala de aula. Ao nível do conhecimento centrou-se fundamentalmente na orientação sobre o processo de tomada de decisão em enfermagem. Neste âmbito, refletiu com os estudantes sobre as opções tomadas desenvolvendo neles a capacidade de fundamentação. Orientou e esclareceu dúvidas referentes aos respetivos registos.</p> <p>Ao longo do EC esteve sempre envolvido (através de reuniões formais e conversas informais) no planeamento das atividades a desenvolver pelos estudantes. Negociou com os tutores as estratégias a desenvolver para o sucesso educativo do estudante.</p> <p>Reuniu com os estudantes ao longo do EC no sentido de identificar e solucionar problemáticas existentes.</p> <p>Procedeu à avaliação (intermédia e final) dos estudantes em conjunto com os tutores.</p>	<p>Estando atribuído ao professor a responsabilidade do EC, a sua intervenção pedagógica foi de acompanhamento e mediação da aprendizagem. Sendo possuidor de um conhecimento pleno sobre a filosofia da escola preocupou-se em estabelecer a adequação entre as experiências clínicas do estudante e o currículo académico. Interveio ao nível das competências de desenvolvimento profissional dando especial relevo à postura e ao processo de tomada de decisão em enfermagem. Neste âmbito refletiu com os estudantes sobre as opções tomadas, desenvolvendo neles a capacidade de fundamentação. Orientou e esclareceu dúvidas referentes aos respetivos registos.</p> <p>Ao longo do EC esteve sempre envolvido (através de reuniões formais e conversas informais) no planeamento das atividades a desenvolver pelos estudantes. Negociou com os tutores as estratégias a desenvolver para o sucesso educativo do estudante.</p> <p>Reuniu com os estudantes ao longo do EC no sentido de identificar e solucionar problemáticas existentes.</p> <p>Procedeu à avaliação (intermédia e final) dos estudantes em conjunto com os tutores.</p>

Intervenção pedagógica do tutor	IPIPT	<p>A intervenção pedagógica dos tutores foi facilitadora do desenvolvimento de competências pessoais, relacionais, cognitivas e técnicas.</p> <p>Ao nível do desenvolvimento de competências científico-técnicas a intervenção pedagógica do tutor centrou-se na orientação sobre a integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica e orientação/supervisão da prestação de cuidados ao nível dos procedimentos técnicos.</p> <p>O seu acompanhamento foi contínuo e facilitador da aprendizagem. Os estudantes foram apoiados pelos tutores aquando da realização dos procedimentos sendo-lhes facultado tempo para a sua execução. O questionamento sobre as ações esteve presente favorecendo o processo de pensamento e pesquisa.</p> <p>A orientação dos estudantes ao longo do ensino clínico privilegiou a reflexão e a exteriorização das emoções. Diariamente no final do turno, e à sexta-feira em sala de aula, foram criados espaços de discussão e análise sobre as atividades desenvolvidas e acontecimentos significativos.</p> <p>Os tutores promoveram nos estudantes o desenvolvimento dos princípios básicos da relação de ajuda, de tal forma que se tornou visível ao longo do ensino clínico o desenvolvimento de uma relação terapêutica com os seus utentes.</p> <p>Foi ainda área de intervenção do tutor (em conjunto com o professor) a tomada de decisão em relação à integração das atividades a realizar pelos estudantes, assim como a avaliação.</p>	<p>Na cirurgia apesar dos tutores darem relevo ao estabelecimento de uma comunicação eficaz com o utente, o seu alvo de atenção parece centrar-se mais ao nível do conhecimento e da execução técnica.</p> <p>Ao nível do desenvolvimento de competências científico-técnicas a intervenção pedagógica do tutor centrou-se fundamentalmente no questionamento sobre conhecimentos teóricos necessários para o desenvolvimento da prática clínica e orientação/supervisão da prestação de cuidados ao nível dos procedimentos técnicos. Foram ainda privilegiados espaços para a orientação/avaliação da documentação do processo de tomada de decisão (PE/CIPE)</p> <p>À sexta-feira, em sala de aula, foram criados espaços de reflexão e análise sobre as atividades desenvolvidas ao longo da semana.</p> <p>Foi ainda área de intervenção do tutor (em conjunto com o professor) a tomada de decisão em relação à integração das atividades a realizar pelos estudantes, assim como, a avaliação.</p>
Participação do estudante	IPPE	<p>- A participação do estudante centra-se na prestação de cuidados ao doente de foro médico, privilegiando o desenvolvimento de competências genéricas, científico-técnicas, relacionais e ético-morais. Privilegia ainda a mobilização e aprofundamento de saberes ao nível do</p>	<p>- A participação do estudante centra-se na prestação de cuidados ao doente de foro cirúrgico, privilegiando o desenvolvimento de competências genéricas, científico-técnicas, relacionais e ético-morais. Privilegia ainda a mobilização e aprofundamento de saberes ao nível do</p>

		<p>processo de tomada de decisão em enfermagem e, execução e fundamentação das intervenções resultantes de prescrição.</p> <p>No sentido de desenvolverem as competências anteriormente referidas, alguns estudantes optaram pela pesquisa/estudo diário, investiram ao nível de execução de procedimentos e efetuaram discussões/reflexões entre pares e supervisores.</p>	<p>processo de tomada de decisão em enfermagem e, execução e fundamentação das intervenções resultantes de prescrição.</p> <p>No sentido de desenvolverem as competências anteriormente referidas, alguns estudantes optaram pela pesquisa/estudo diário, investiram ao nível de execução de procedimentos e efetuaram discussões/reflexões entre pares.</p>
<p>Papel mediador da equipa</p>	<p>IPPME</p>	<p>- Com o decorrer do EC a equipa de enfermagem passou a assumir o papel de colaboração na orientação dos estudantes. A equipa de enfermagem centrou-se fundamentalmente nos seguintes aspetos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação e revisão das notas de enfermagem; - Orientação do estudante durante os períodos de ausência do tutor. 	<p>- Ao longo de todo o EC a equipa de enfermagem desempenhou o papel de orientação/supervisão dos estudantes em parceria com os enfermeiros tutores.</p>

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Competências Globais/Genéricas	CPCG	<ul style="list-style-type: none"> - Numa fase inicial os estudantes demonstraram dificuldade em termos adaptabilidade, iniciativa, criatividade, autonomia, espírito crítico, autoconfiança, estabelecimento de relações, sociabilidade, capacidade de síntese, identificação e capacidade de resolver problemas. No entanto, ao longo do EC houve uma evolução muito significativa em todos os estudantes. - O sentido de responsabilidade, motivação, capacidade de trabalhar em grupo, vontade de produzir uma impressão positiva, disciplina e solicitude foram uma constante ao longo do EC em todos os estudantes. - O desenvolvimento destas competências mereceu um trabalho deliberado e foi muito valorizado pelos tutores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este EC promoveu no estudante o desenvolvimento de competências genéricas nomeadamente a iniciativa, a autonomia, segurança, autodomínio, capacidade de tomar decisão, pensamento crítico-reflexivo,... Para tal facto contribuiu a postura da equipa de enfermagem e a metodologia de trabalho/distribuição dos alunos. - Os tutores são da opinião que os estudantes no início do EC apresentavam défices significativos ao nível das competências genéricas. Consideram que este facto se relacionou com a metodologia de trabalho desenvolvida no EC anterior.
Competências Técnico-científicas /Habilidades e Conhecimentos	CPCTC	<ul style="list-style-type: none"> - No início do EC os vários intervenientes do processo ensino-aprendizagem (professora, tutoras e estudantes) centraram-se fundamentalmente no desenvolvimento das competências técnicas. À medida que os estudantes foram adquirindo destreza e segurança foi-lhes solicitada mobilização e articulação dos saberes teóricos que suportavam os procedimentos /tomada de decisão. - As atividades inicialmente desenvolvidas centraram-se fundamentalmente ao nível dos autocuidados e observação de procedimentos. Os registos e a transmissão de informação durante a passagem de turno foram as últimas atividades a 	<ul style="list-style-type: none"> - O contexto clínico de cirurgia promoveu a aquisição e o desenvolvimento de competências técnico-científicas. - O conhecimento sobre as patologias existentes no serviço, bem como, os procedimentos técnicos inerentes à prestação de cuidados ao doente de foro cirúrgico, mereceram uma atenção deliberada por parte dos tutores. - O processo de tomada de decisão em enfermagem, assim como, os registos e transmissão da informação, tiveram como base de sustentação a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem - CIPE. - A opinião dos estudantes em relação à valorização destas

		<p>ser desenvolvidas pelos estudantes.</p> <p>- Em termos globais os estudantes revelaram dificuldade em relação à documentação do processo de tomada de decisão. Este aspeto foi pouco valorizado pelos tutores demonstrando, inclusivamente, em alguns momentos, dificuldade na orientação dos mesmos. A orientação referente à documentação do processo de tomada de decisão foi um trabalho fundamentalmente efetuado pelos professores da escola.</p> <p>- Ao longo do EC foi solicitada aos estudantes a reflexão sobre as atividades por si desenvolvidas.</p>	<p>competências é muito semelhante. Apesar de um estudante ser da opinião que as competências técnico-científicas devem merecer especial relevo ao longo da formação em enfermagem, bem como, ao nível da prestação de cuidados, os restantes elementos do grupo, consideram que estas competências não devem sobrepor-se às restantes competências de desenvolvimento profissional. O conceito sobre enfermagem, que estes últimos atores possuem, está diretamente relacionado com uma visão integradora do ser humano, pressupondo uma interligação harmoniosa entre as diferentes competências, fazendo parte de um todo global e abrangente.</p>
Competências Atitudes/Ético-Morais	CPCA	<p>Em relação ao desenvolvimento de competências atitudinais e ético-morais os estudantes do grupo sujeito a observação participante encontravam-se em dois estádios diferentes. Alguns estudantes teceram, com elevada frequência, juízos de valor em relação às decisões tomadas pelos doentes e seus familiares. Os restantes demonstraram maturidade e desenvolvimento socio-afetivo revelando enorme respeito pela pessoa humana. Estes últimos demonstraram preocupação pelo facto de não poder intervir mais ao nível da defesa do doente. Demonstraram perspicácia e sensibilidade na identificação de situações de sofrimento (físico e espiritual) dos doentes. Preocuparam-se em estabelecer com os doentes uma relação de ajuda.</p>	<p>Ao longo do EC de cirurgia, em contexto de sala de aula, os estudantes refletiram com os professores da escola sobre as questões éticas e deontológicas inerentes à prática de cuidados.</p> <p>- Em contexto hospitalar os estudantes demonstraram saber-ser e saber-estar. Privilegiaram a “Pessoa no seu todo”, revelando possuir um pensamento ético e deontológico, bem como, uma visão holística do “Ser Humano”. Demonstraram possuir respeito pelo doente e atitudes adequadas.</p> <p>- De acordo com os estudantes, o EC anterior, privilegiou o desenvolvimento de competências ao nível dos domínios do saber-ser e saber-estar. Consideraram que neste EC não houve um investimento deliberado por parte dos tutores em relação a estes domínios. Referem que os mesmos centraram a sua atenção fundamentalmente ao nível do saber e do saber-fazer.</p>
Competências Relação/Sócio-Afetivas	CPCR	<p>- Ao longo do EC, e à medida que foram adquirindo maior destreza técnica, os estudantes iniciaram um processo de desenvolvimento de competências relacionais e socio-afetivas não só com os doentes como também com a equipa</p>	<p>Os estudantes em estudo demonstraram elevada sensibilidade e investimento ao nível das competências relacionais e sócio-afetivas.</p> <p>- A valorização destas competências é resultante da influência</p>

		<p>de enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alguns estudantes defendem que a prática de enfermagem deve apoiar-se fundamentalmente na componente relacional e comunicacional. Consideram que só assim é possível promover o bem-estar dos doentes. - Os estudantes que mais valorizaram o rigor dos procedimentos ao longo do EC foram os que menos investiram nas competências relacionais e socio-afetivas. - É consensual entre os dois tutores, que na enfermagem em geral, e nos doentes de foro médico em particular, é fundamental privilegiar as competências relacionais e socio-afetivas. Consideram ser esta a principal área de intervenção da enfermagem. É também opinião dos mesmos que ao longo do EC os estudantes desenvolveram e aprofundaram este domínio de competências. - Alguns estudantes consideram que a postura do professor/tutor influencia o desenvolvimento destas competências nos estudantes, sendo que, por si só não é determinante. Defendem que estas competências fazem parte da identidade pessoal de cada indivíduo e são desenvolvidas de acordo com as vivências de cada um, em diferentes contextos, nomeadamente no contexto familiar. 	<p>de outros contextos, nomeadamente o EC realizado anteriormente, bem como os referenciais identitários nele existentes, o contexto escolar (aprendizagens e desenvolvimento de saberes em sala de aula e a relação professor-estudante) e a formação pessoal dos estudantes.</p>
--	--	--	--

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE			
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI			
Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Inovação /Transformação	DSIT	- Não se verificou neste grupo de estudantes o desenvolvimento de competências transformativas.	- Apesar da metodologia de distribuição dos estudantes ser facilitadora do desenvolvimento da autonomia, não foi visível neste grupo o desenvolvimento de competências transformativas.
Pensamento Crítico-Reflexivo	DSPCR	<p>Houve por parte dos tutores um investimento deliberado ao nível do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo dos estudantes. Para além das reuniões à sexta-feira em contexto de escola, e das reuniões individuais ao longo do turno (reflexão na ação), os tutores reuniam diariamente no final do turno com os estudantes no sentido de refletir sobre as práticas clínicas (reflexão sobre a ação)</p> <p>O grupo de estudantes apresentou diferentes estádios de desenvolvimento. Alguns estudantes prestaram cuidados aos seus doentes sem se questionaram sobre as ações realizadas (reflexão na ação). Não se mostraram interventivos em relação ao processo de tomada de decisão em enfermagem. Outros estudantes demonstraram possuir capacidades crítico-reflexivas (reflexão na e sobre a ação). De referir que a sua crítica e reflexão estiveram fundamentalmente direcionadas para a supervisão, o clima organizacional e não propriamente para o desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem.</p> <p>.</p>	<p>- Os vários elementos deste grupo de estudantes adotaram diferentes posturas em relação ao desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo. Alguns estudantes centraram-se fundamentalmente ao nível da execução prática, não contemplando no seu processo de aprendizagem momentos de reflexão. Tornaram-se reprodutores do modelo institucionalizado. Os restantes estudantes sentiram e manifestaram junto dos tutores, a necessidade de espaços de partilha e reflexão em grupo.</p> <p>- Em contexto clínico a reflexão dos estudantes privilegiou fundamentalmente a vertente científico-técnica da profissão, o perfil do profissional de enfermagem - o “Ser Enfermeiro” - e experiências de vida marcantes diretamente relacionadas com situações de sofrimento por parte dos doentes e familiares.</p> <p>- As reuniões com os professores da escola, efetuadas à sexta-feira em contexto de sala de aula, promoveram o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo (reflexão sobre a ação). Ainda em contexto de escola, as reuniões efetuadas com os tutores privilegiaram fundamentalmente a</p>

			<p>descrição das atividades desenvolvidas ao longo da semana em contexto clínico.</p> <p>- Os estudantes defendem que a metodologia utilizada neste EC, não favoreceu o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo.</p>
Gestão das Emoções	DSGE	<p>- No início do EC, em termos gerais, todos os estudantes referiram receio de não ser capazes de lidar com as emoções dos seus doentes.</p> <p>- Ao longo das vivências clínicas, alguns estudantes expressaram dificuldade em gerir as emoções em situações de doença, sofrimento e/ou morte dos doentes, bem como, as relacionadas com os familiares dos doentes que vivenciam momentos de elevado sofrimento. Foram da opinião que esta dificuldade foi agravada quando se tratou de doentes com idade próxima da de pessoas para eles significativas (exemplo: mãe, pai, avós, ...).</p> <p>- O cheiro característico da morte, bem como, a atitude de “aceitação da morte” por parte do doente – “resignação”/ “deixar de lutar” – foram aspetos que referiram como demasiadamente perturbadores.</p> <p>- O dar a notícia de morte, aos respetivos familiares, foi algo para o qual, alguns estudantes consideram não se sentir preparados.</p>	<p>- Alguns estudantes expressaram dificuldade em gerir as emoções em situações de doença e sofrimento dos seus doentes. Foram da opinião que esta dificuldade foi agravada quando se tratou de doentes com idade próxima da sua.</p> <p>- Ao longo dos dois EC's os estudantes vivenciaram um conjunto de situações marcantes em termos de gestão de emoções, no entanto, foram da opinião que a resolução sadia de uma emoção é promotora de um bom desenvolvimento pessoal.</p> <p>- Os estudantes consideram que o tutor/professor tem um papel fundamental em relação à gestão das emoções dos estudantes. Referem que na cirurgia não houve um trabalho deliberado nesse sentido.</p> <p>- É opinião dos estudantes que no EC de medicina houve um maior confronto com as emoções devido à situação clínica dos doentes.</p>
Estima de Si	DSES	<p>- A autoestima dos estudantes foi diminuindo ao longo do EC. Esse facto parece ter sido influenciado pela relação que um dos tutores estabeleceu com os estudantes.</p>	<p>As atitudes/intervenções dos tutores provocaram nos estudantes, de acordo com opinião dos segundos, uma baixa de autoestima. Estes atores referem sentimentos de inferioridade devido à forma como os tutores se relacionam com eles. No sentido de melhorar a sua autoestima, os estudantes optam por diferentes figuras de suporte (mãe/irmã mais velha, ...).</p> <p>- A relação estabelecida entre enfermeiros do serviço e estudantes foi facilitadora do desenvolvimento da autoestima</p>

			<p>dos segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - O sucesso nas intervenções de enfermagem promoveu o desenvolvimento da autoestima. - Os estudantes manifestaram necessidade de “reforço positivo” por parte dos supervisores. Referiram que o mesmo é promotor do desenvolvimento pessoal e profissional.
Processo de Formação da Identidade	DSPFI	<p>- Atendendo a que o processo de formação é um trabalho de parceria e partilhado por vários intervenientes (tutores, professores e enfermeiros da prática clínica) verifica-se alguma diversidade ao nível do processo de formação da identidade dos estudantes. Os professores centram o processo de formação da identidade privilegiando a articulação entre as diferentes competências profissionais. Na mesma linha de pensamento encontramos os tutores ao valorizarem as competências técnico-científicas, relacionais e socio-afetivas. Os enfermeiros do serviço dão especial relevo às competências técnicas.</p> <p>- A reflexão promovida pelos professores da escola, à sexta-feira, em sala de aula, parece ser um trabalho deliberado no sentido de promover o desenvolvimento de uma identidade profissional específica.</p>	<p>À semelhança do EC anterior, também neste contexto clínico, verificamos alguma diversidade em termos de orientação. Se por um lado os professores centram o processo de formação da identidade privilegiando a articulação entre as diferentes competências profissionais por outro, os tutores deram especial relevo às competências técnico-científicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em contexto hospitalar a reflexão na ação e sobre a ação não foi suficientemente valorizada, tendo no entanto sido considerada pelos estudantes como necessária para o seu processo de formação da identidade. - O modelo curricular (currículo de alternância) é, de acordo com a opinião de alguns estudantes, facilitador do processo de formação da identidade, na medida em que permite uma aproximação precoce ao contexto da prática. - O EC de medicina e o de cirurgia promoveram o desenvolvimento de diferentes identidades profissionais. Na medicina as competências profissionais foram articuladas de uma forma integradora e globalizante. Já na cirurgia devido ao cariz mais tecnicista da especialidade as competências técnico-científicas tiveram um maior realce.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: FOCOS DE ATENÇÃO

Domínio	Código	EC - Medicina	EC - Cirurgia
Situação Clínica do Doente	FASCD	<ul style="list-style-type: none"> - Doentes com diferentes graus de dependência com predomínio para o moderado a elevado. - Patologias de foro médico muito diversificadas. - Doentes do sexo feminino com idade avançada e dificuldades ao nível da esfera social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os doentes internados neste serviço encontram-se em diferentes estádios ao nível da dependência e autonomia. Por um lado, encontramos doentes quase completamente independentes e autónomos (exceto durante as primeiras 24h de pós-operatório), por outro, existem doentes com graus de dependência moderado ou até mesmo elevado, sendo estes últimos são pouco frequentes (casos específicos de neoplasias em fase terminal). - É possível encontrar uma grande diversidade de patologias de foro cirúrgico, verificando-se no entanto, uma elevada percentagem de doentes com patologia digestiva. A gravidade da situação situa-se entre as apendicectomias até às situações de neoplásicas. - Neste serviço são internados doentes do sexo masculino com intervalo de idade muito variável. É possível encontrar indivíduos com idade jovem e indivíduos com idade mais avançada.
Processos de Aprendizagem	FAPA	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de aprendizagem numa fase inicial centrou-se na aquisição de experiências, evoluindo para a mobilização de saberes adquiridos. - Os conhecimentos aprendidos em sala de aula são reconstruídos e formalizados através do confronto com a prática clínica. - O processo de aprendizagem privilegiou ao longo do EC o 	<ul style="list-style-type: none"> - Os conhecimentos aprendidos em sala de aula são reconstruídos e formalizados através do confronto com a prática clínica. - O processo de aprendizagem centrou-se fundamentalmente ao nível do desenvolvimento de competências científico-técnicas com especial relevância pelas instrumentais. Foi solicitado aos estudantes a mobilização/articulação dos

		desenvolvimento de competências genéricas, científico-técnicas, relacionais, socio-afetivas, atitudinais e ético-morais.	domínios do saber e saber-fazer aprendidos em contexto de escola. .
Coletivo (Grupo de estudantes)	FAC	<p>Grupo de estudantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assíduos e pontuais não só ao nível de presença como no desempenho das atividades. - Muito presentes durante a prestação de cuidados e ao longo do turno. - Partilha experiências entre pares. - Grupo muito homogéneo. 	<p>Grupo de estudantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouco assíduos. Em termos globais todos os estudantes deram um elevado número de faltas, sendo que alguns deles atingiram o limite ou ficaram muito próximo do mesmo. - Presentes durante a prestação de cuidados e ao longo do turno permanecem muito com os seus doentes. - Ao longo do EC formaram-se dois subgrupos. Dentro de cada um destes subgrupos houve partilha de conhecimentos. Durante a prestação de cuidados, devido à metodologia de distribuição dos doentes houve pouca interação entre os vários estudantes. - Grupo heterogéneo.
Organização das atividades de aprendizagem	FAOAA	<ul style="list-style-type: none"> - Nos primeiros dias de EC a organização do trabalho obedeceu ao método de equipa. - Após observação/integração, a distribuição dos doentes foi feita pelo método individual de trabalho. No entanto, nos doentes dependentes, os autocuidados tomar banho, vestir/despir e transferir-se, foram prestados com a colaboração de um colega. - Sempre que os estudantes colaboraram entre si, o estabelecimento de prioridades obedeceu a critérios específicos (ex: grau de dependência, meios auxiliares de diagnóstico marcados, etc.). - Ao longo do EC foram efetuados registos referentes às “experiências de aprendizagem” de cada estudante. Estes registos tiveram como objetivo favorecer a aprendizagem de uma forma uniforme entre pares. Foi permitido que em determinados momentos, alguns estudantes, efetuassem procedimentos a doentes que não lhes estavam atribuídos. O 	<ul style="list-style-type: none"> - A organização do trabalho obedeceu ao método individual. Desde o início do EC os estudantes foram distribuídos pelas várias enfermarias existentes no serviço facto que dificultou a colaboração entre pares. Quando os estudantes necessitaram de ajuda, esta foi predominantemente prestada pelos enfermeiros do serviço. - Sempre que um procedimento foi executado pela primeira vez este foi efetuado na presença do tutor. - A distribuição dos doentes por estudantes foi ajustada semanalmente. Os doentes foram atribuídos no período pré-operatório para que o estudante o pudesse acompanhar ao bloco operatório assistindo à realização da cirurgia. De seguida deu continuidade ao referido doente no pós-operatório imediato. <p>Esta metodologia permitiu ao estudante uma visão global do seu doente e promoveu a continuidade de cuidados, tornando-se facilitadora em termos de elaboração do</p>

		<p>critério utilizado foi o de facultar a experiência ao colega que havia colaborado na prestação de cuidados, pelo facto de ser ele o que detinha maior conhecimento sobre o doente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sempre que um estudante executou um procedimento pela primeira vez, este foi feito na presença do tutor. - Quando os estudantes se ausentavam do serviço para fazer as suas refeições delegavam o doente que estava aos seus cuidados a um colega, transmitindo toda a informação relevante. 	<p>processo de tomada de decisão em enfermagem.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ao longo do EC os estudantes demonstraram capacidade de organização no desenvolvimento das atividades e capacidade de articulação entre pares. Sempre que os estudantes se ausentavam do serviço para fazer as suas refeições delegavam o doente que estava aos seus cuidados a um colega, transmitindo toda a informação relevante.
Escola	FAE	<ul style="list-style-type: none"> - O EC decorreu ao longo de 10 semanas: de segunda a quinta-feira em contexto clínico e à sexta-feira em contexto de sala de aula. Neste último dia da semana, e no primeiro momento da manhã, o Coordenador, o Professor de EC e os tutores dos vários contextos clínicos reuniam com toda a turma (cerca de 70 estudantes). Cada grupo de EC partilhava com a turma as suas vivências da semana em contexto hospitalar. Num segundo momento, cada grupo reunia com os respetivos tutores. Neste espaço era efetuada uma reflexão e avaliação da semana. Algumas destas sextas-feiras foram destinadas à apresentação de estudos de caso. 	<ul style="list-style-type: none"> - O EC decorreu ao longo de 10 semanas: de segunda a quinta-feira em contexto clínico e à sexta-feira em contexto de sala de aula. Este último dia da semana era dividido em dois momentos: num deles o Coordenador, o Professor de EC e os tutores dos vários contextos clínicos reuniam com toda a turma (cerca de 70 estudantes). Cada grupo de EC partilha com a turma as suas vivências da semana em contexto clínico. No outro momento, cada grupo reunia com os respetivos tutores. Neste espaço era efetuada uma avaliação das atividades desenvolvidas ao longo semana. Algumas destas sextas-feiras foram destinadas à apresentação de estudos de caso.

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE – MATRIZ DE DADOS – SÍNTESE

DIMENSÃO: TENSÕES E INQUIETAÇÕES

Domínio	Código	EC -Medicina	EC - Cirurgia
Representações	TIR	<p>São situações geradoras de tensão:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Ideias pré-concebidas sobre os tutores, transmitidas pelos colegas que realizaram EC neste contexto. * A avaliação (intercalar e final). * O facto de se encontrarem a realizar o primeiro EC. 	<p>São representações geradoras de tensão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O erro e a sua vertente punitiva ao nível da avaliação; - A prestação de cuidados a pessoas de sexo oposto.
Orientações	TIO	<ul style="list-style-type: none"> - No início do EC existiam divergências na orientação dos estudantes entre os três intervenientes do processo supervivo: professor e os dois tutores. Apesar de existirem diferenças de orientação entre professor e os tutores estas não se tornaram geradoras de tensão. Este facto relacionou-se com estratégias adotadas pelo professor. Por sua vez, a divergência entre os dois tutores, referente à orientação dos estudantes, inicialmente foi geradora de tensão para os mesmos. Esta tensão foi do conhecimento do professor responsável do EC. - Ao longo do EC a tensão foi reduzindo na medida em que se estabeleceu uma aproximação entre os vários supervisores clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparativamente com o EC anterior existiram diferenças significativas ao nível do modelo de orientação, nomeadamente em relação ao método de trabalho, distribuição dos estudantes por doentes, acompanhamento por parte dos tutores e enfermeiros do serviço, desempenho de papel do tutor e do enfermeiro, utilização de recursos materiais disponíveis, procedimentos, etc. Estas diferenças tornaram-se para alguns estudantes motivo de tensão. - Os tutores deste EC defenderam de forma contínua e na presença dos estudantes que o modelo de orientação do EC anterior careceu de exigência, tornando-os pouco responsáveis. Esta crítica conduziu a uma constante tensão no grupo de estudantes. - O modelo de orientação adotado pelos tutores, em alguns momentos, expôs os estudantes. De acordo com a visão dos atores, este facto conduziu a uma quebra da confiança do doente em relação a estes.

Atitudes	TIA	<p>- Um dos tutores é crítico com os estudantes na presença dos doentes e dos enfermeiros do serviço. Este facto, para além de gerar de tensão, promoveu nos enfermeiros o desenvolvimento de atitudes menos adequadas para com os estudantes.</p> <p>- A atitude dos estudantes é adequada.</p>	<p>- As atitudes dos tutores são geradoras de tensão no grupo de estudantes. São críticos na presença de doentes expondo os estudantes e, originando comportamentos menos adequados na relação doente/estudante. Estes factos causam tensão nos estudantes ao ponto de encararem o EC como uma “obrigação”. As faltas parecem ser estratégicas e resultantes da atitude dos tutores.</p> <p>- A atitude dos estudantes é adequada.</p>
Quotidiano	TIC	<p>O contexto foi gerador de tensão nas seguintes situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Alguns estudantes demonstraram tensão quando a prioridade das intervenções foi estabelecida, não em função das necessidades do doente mas, de acordo com o estatuto do profissional de saúde. * Conflito entre tutora e enfermeira da prática. * Desconhecimento por parte dos alunos sobre o horário da enfermeira responsável pelos seus doentes. 	<p>Em relação ao contexto não foram identificadas situações geradoras de tensão.</p>

ANEXO XIV

Relatórios Reflexivos - Síntese

RELATÓRIOS REFLEXIVOS: SÍNTESE		
	Relatórios Medicina	Relatórios Cirurgia
Contexto/Integração	<p>- A integração dos estudantes no serviço de medicina foi facilitadora devido ao apoio dos supervisores (tutores e professor). De acordo com a opinião dos atores, a colaboração entre pares contribuiu também para esse facto.</p> <p><i>“A Integração à Prática Clínica foi bastante positiva e muito enriquecedora. Fomos auxiliados pelos formadores e alguns enfermeiros. Para esta integração também contribuiu bastante o facto de existir grande amizade, companheirismo e entreaajuda no nosso grupo”.</i> (Doc. M1)</p> <p>- Apesar de no início do EC os enfermeiros do serviço demonstrarem pouca receptividade para com os estudantes, esta foi evoluindo ao longo do mesmo e estendeu-se aos vários elementos da equipa.</p> <p><i>“Assim concluímos que ao longo desta semana temos vindo a melhorar em termos de técnica e destreza na realização dos procedimentos, para tal contribuiu uma maior colaboração por parte dos enfermeiros do serviço”.</i> (Doc. M2)</p> <p>- Os estudantes em estudo consideram que a autonomia que foram demonstrando foi um fator influenciador na sua aceitação por parte da equipa de enfermagem.</p> <p><i>“Inicialmente numa fase de adaptação e conhecimento do serviço sentimos, por parte da equipa multidisciplinar, pouca receptividade que foi melhorando ao longo do tempo, para tal contribuiu a nossa maior autonomia”.</i> (Doc. M10)</p> <p>- Na segunda semana de EC cada um dos estudantes prestou cuidados a um doente, no entanto, a integração das atividades foi feita de forma gradual ao longo do EC.</p> <p><i>“Na sequência das competências adquiridas foi atribuída a responsabilidade de um doente a cada aluno ao qual foram</i></p>	<p>- Na primeira semana de EC foi privilegiada a integração no contexto. Foi dada a oportunidade dos estudantes conhecerem a estrutura física do serviço, dinâmicas do mesmo e relacionamento com a equipa multidisciplinar.</p> <p><i>“Tivemos oportunidade de conhecer a dinâmica do serviço, o espaço físico e a equipa multidisciplinar”.</i> (Doc. C1)</p> <p>- O processo de integração foi favorecido pelo apoio dos supervisores e dos enfermeiros da prática.</p> <p><i>“(…)o processo de integração foi bem conseguido com a ajuda dos profissionais de saúde do serviço assim como dos formadores”.</i> (Doc. C1)</p> <p>- Na segunda semana de EC os oito estudantes foram distribuídos por cinco enfermarias tendo cada um deles dois doentes a seu cargo. Apesar das atividades terem sido introduzidas de forma gradual, no final desta semana os estudantes já prestam cuidados globais aos doentes que lhe estão atribuídos. Apenas não transmitem, durante a passagem de turno, a informação referente aos seus doentes.</p> <p><i>“Após uma semana de integração à prática clínica, bastante enriquecedora e produtiva, começamos a realizar os restantes procedimentos com exceção da passagem de turno. Fomos distribuídos por cinco enfermarias ficando cada um de nós com dois doentes”.</i> (Doc. C2)</p> <p>- Na terceira semana referem ter já desenvolvido a capacidade de gestão do tempo, maior segurança em termos de procedimentos e maior confiança/à-vontade na relação com os doentes.</p> <p><i>“Ao longo desta semana, conseguimos ultrapassar algumas das dificuldades que surgiram anteriormente, otimizar melhor o tempo e aperfeiçoar os procedimentos e relação de confiança/ajuda com o doente. Foi uma semana bastante produtiva e enriquecedora”.</i> (Doc. C3)</p> <p>- A meio do EC, no sentido de lhes ser proporcionado contacto com uma</p>

	<p><i>prestados os cuidados já referidos” (Doc. M2)</i></p> <p><i>“Os conceitos e técnicas foram introduzidos de uma forma gradual, só nos era delegado um novo procedimento quando o anterior estava bem consolidado. Tal facto permitiu alcançar todos os objetivos propostos e ainda a satisfação de no final da prática clínica ter todas as técnicas interiorizadas, conseguindo a execução de um plano de cuidados em tempo útil”. (Doc. M10)</i></p> <p>- Na quinta semana de EC os estudantes iniciaram a passagem de turno e na sexta semana foram atribuídos dois doentes a cada estudante.</p> <p><i>“ (...) Ocorreu uma alteração no que diz respeito à distribuição dos doentes. Passamos a ter duas salas (B e C) tendo por isso, alguns alunos, ficado com dois doentes”. (Doc. M6)</i></p> <p>- As dificuldades relacionadas com a integração centraram-se em termos de adaptação ao horário e à estrutura física do serviço.</p> <p><i>Ao longo desta prática fomo-nos deparando com diversas dificuldades, entre as quais:</i></p> <p><i>(...)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Dificuldade na mudança e na adaptação dos horários, (...)</i> <i>• Na adaptação ao espaço físico da sala B”. (Doc. M10)</i> 	<p>maior diversidade de patologias, mudaram para outra Ala do mesmo serviço. Por se tratar da mesma equipa de enfermagem, espaços físicos semelhantes e dinâmicas iguais, referem não ter sentido dificuldades acrescidas. Na oitava semana continuam divididos por cinco enfermarias mas agora com três doentes atribuídos. Este planeamento manteve-se até ao fim do EC.</p> <p><i>“Esta semana iniciamos a prática clínica na Ala 2 do serviço de Cirurgia Geral Homens. O serviço é idêntico ao anterior, a dinâmica e as rotinas são as mesmas, apenas diferem as patologias. Como tal, não sentimos muitas dificuldades de adaptação a este novo espaço. Fomos distribuídos por cinco enfermarias ficando cada um de nós com dois doentes”. (Doc. C6)</i></p> <p><i>“Como tem sido habitual, fomos distribuídos por cinco enfermarias; esta semana cada um de nós ficou com três doentes”. (Doc. C8)</i></p> <p>- Foram referidas como dificuldades de integração: a adaptação inicial ao serviço e o género dos doentes.</p> <p><i>“Ao longo desta prática clínica fomo-nos deparando com diversas dificuldades, entre as quais:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Adaptação ao serviço;</i> <i>• Passagem de um serviço de mulheres para um serviço de homens. (Doc. C10)</i>
Relações	<p>- A relação supervisor (tutores e professor) /estudante foi de proximidade e facilitadora do processo ensino/aprendizagem. Houve por parte dos supervisores, um investimento deliberado, em promover a articulação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica.</p> <p><i>“ (...) concluímos que ao longo desta semana o processo de integração foi bem conseguido com a ajuda dos profissionais de saúde do serviço assim como dos formadores que também nos ajudaram a conciliar o suporte teórico à realidade prática”. (Doc. M1)</i></p> <p><i>“Das orientadoras e supervisora da escola guardamos a amizade</i></p>	<p>- Ao longo do EC os tutores estabeleceram uma relação de ajuda para com os estudantes. Foram agentes facilitadores em termos da articulação dos conhecimentos teóricos com a prática clínica.</p> <p><i>“As Orientadoras, foram uma peça importante de todo este período de estágio, pela ajuda que nos deram, pelo apoio e por tudo o que nos ensinaram e transmitiram.</i></p> <p><i>São de facto pessoas dotadas de uma vasta experiência e capacidade que nos proporcionaram uma orientação produtiva em termos de prática clínica, que funcionou de elo entre os conhecimentos adquiridos na Faculdade, a sua experiência e a sua aplicação no contexto hospitalar. Proporcionaram-nos uma constante aquisição de conhecimentos que no futuro nos irão de certeza ser bastante úteis e fundamentais”. (Doc. 10)</i></p>

	<p><i>e a lembrança de pessoas próximas, recetivas e positivamente críticas”. (Doc. M10)</i></p> <p>- Ao longo do EC os estudantes adquiriram mais confiança na relação com o doente. Consideram como importante contributo para este facto, o apoio dos supervisores e dos pares.</p> <p><i>“Após uma semana de integração à prática clínica, bastante enriquecedora e produtiva, tivemos uma semana de aperfeiçoamento das técnicas aí executadas. Adquirimos mais confiança no que diz respeito à relação com o doente e à realização dos procedimentos. Para esta melhoria contribuiu a ajuda dos formadores, a coesão do nosso grupo e o estudo diário”. (Doc. M2)</i></p> <p>- A relação entre estudantes teve por base o espírito de ajuda. Foi estabelecida pelo grupo de estudantes uma dinâmica que favoreceu um bom relacionamento.</p> <p><i>“ (...) Para esta integração também contribuiu bastante o facto de existir grande amizade, companheirismo e entreajuda no nosso grupo”. (Doc. M1)</i></p> <p><i>“A dinâmica desenvolvida pelo grupo de estágio foi bastante positiva, pois estabelecemos um relacionamento saudável, que proporcionou um bom ambiente de trabalho e acima de tudo, a amizade entre nós cresceu, através da convivência nos momentos difíceis, da colaboração e compreensão mútuas”. (Doc. M10)</i></p> <p>- A relação entre estudantes e equipa multidisciplinar que inicialmente era de pouca abertura, foi evoluindo de forma favorável ao longo do EC.</p> <p><i>“Assim concluímos que ao longo desta semana temos vindo a melhorar em termos de técnica e destreza na realização dos procedimentos, para tal contribuiu uma maior colaboração por parte dos enfermeiros do serviço”. (Doc. M2)</i></p> <p><i>“Inicialmente numa fase de adaptação e conhecimento do serviço, sentimos por parte da equipa multidisciplinar pouca recetividade que foi melhorando ao longo do tempo, para tal contribuiu a nossa maior autonomia”. (Doc. M10)</i></p>	<p>- A relação estabelecida entre o professor e os estudantes, apesar do primeiro, não estar diariamente em contexto clínico, foi de aceitação.</p> <p><i>“Da Supervisora, apesar de estar mais distante do nosso dia-a-dia no hospital, revelou-se oportuna nos seus ajuizamentos e propostas”. (Doc. C10)</i></p> <p>A experiência de fazer o turno da “Tarde” foi encarada pelos estudantes como uma mais-valia para o desenvolvimento da relação com os doentes e com os respetivos familiares.</p> <p><i>“Foi dada a oportunidade, a todos os elementos do grupo, de realizar uma tarde, o que nos permitiu perceber que existe um método de trabalho diferente. Nesta não são prestados os cuidados de higiene e temos mais oportunidade de comunicar com os doentes e respetivos familiares”. (Doc. C8).</i></p> <p>- Até cerca de metade do EC a coesão do grupo de estudantes foi diminuindo. Identificado o problema, e no sentido de diminuir este afastamento, o grupo propôs-se estabelecer estratégias no sentido de favorecer o diálogo. Na última semana de EC os estudantes consideram que a dinâmica do grupo é positiva, na medida em que o relacionamento já é novamente saudável.</p> <p><i>“Ao longo desta prática clínica tem-se notado que a coesão e a união de grupo tem vindo a diminuir. Para que tal não continue a acontecer temos vindo a dialogar de forma a combater a falta de união”. (Doc. C5)</i></p> <p><i>“A dinâmica desenvolvida pelo grupo de estágio foi bastante positiva, pois estabelecemos um relacionamento saudável, que proporcionou um bom ambiente de trabalho e acima de tudo, a amizade entre nós cresceu, através da convivência nos momentos difíceis, da colaboração e compreensão mútuas”. (Doc. C10)</i></p> <p>- Ao longo do EC a relação estabelecida entre equipa multidisciplinar e estudantes foi de abertura e aceitação. Os atores consideram que este facto foi um enorme contributo para o desenvolvimento da autonomia. Referem, no entanto, que este tipo de relação não foi conseguida com todos os elementos da equipa na medida em que por parte de alguns dos enfermeiros houve sempre distanciamento. Consideram que este facto não foi perturbador da aprendizagem.</p> <p><i>“Desde o início da nossa prática clínica sentimos por parte da equipa</i></p>
--	---	---

		<p><i>multidisciplinar bastante receptividade o que contribuiu para a nossa autonomia e bem-estar. No entanto existem algumas exceções às quais nos fomos habituando”. (Doc. C10)</i></p> <p><i>“Os enfermeiros do serviço foram colaboradores na nossa formação, pois estiveram disponíveis para as nossas questões, permitiram-nos livre expressão num clima estável e forneceram-nos o espaço de manobra necessário para uma boa integração a todos os níveis”. (Doc. C10)</i></p>
Intervenção Pedagógica	<p>- O Supervisor Clínico (professor e tutor) assumiu um papel facilitador da aprendizagem na medida em que auxiliou a integração do estudante no serviço e na equipa, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas e científicas.</p> <p><i>Papel dos Formadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Integração na equipa e no serviço;</i> <i>• Auxílio e explicação dos procedimentos técnicos;</i> <i>• Incentivo à pesquisa e ao estudo;</i> <i>• Auxílio no conhecimento do material utilizado no serviço e da sua rotina”. (Doc. M1)</i> 	<p>- O Supervisor Clínico (professor e tutor) assumiu um papel facilitador da aprendizagem na medida em que auxiliou a integração do estudante no serviço e na equipa, favorecendo o desenvolvimento de competências técnicas e científicas.</p> <p><i>Papel dos Formadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Integração na equipa e no serviço;</i> <i>• Auxílio e explicação dos procedimentos técnicos;</i> <i>• Incentivo à pesquisa e ao estudo;</i> <i>• Auxílio no conhecimento do material utilizado no serviço e da sua rotina”. (Doc. C1)</i>
Competências	<p>- Nos documentos produzidos ao longo do EC, os atores não se referem a competências propriamente ditas, limitando-se a enumerar um conjunto de procedimentos técnicos.</p> <p>- Numa fase final do EC os estudantes privilegiam nos seus documentos aspetos referentes às competências relacionais e socio-afetivas.</p> <p><i>“Ao longo desta semana, foi notória a nossa evolução em termos de técnica e otimização do tempo. A repetição de procedimentos, a maior segurança e confiança na realização dos mesmos assim como a existência de uma boa dinâmica de grupo foram os fatores que proporcionaram tal evolução”. (Doc. M3)</i></p> <p><i>“Ao longo desta semana, conseguimos ultrapassar as</i></p>	<p>- Nos documentos produzidos ao longo do EC os atores não se referem a competências propriamente ditas, limitando-se a referenciar um conjunto de procedimentos técnicos.</p> <p>- Com o evoluir do EC os estudantes manifestam sentir mais segurança ao nível dos procedimentos/técnicas, passando a centrar-se em aspetos relacionais.</p> <p>- No fim do EC os estudantes demonstram possuir uma visão holística do ser humano contemplando as vertentes éticas, socio-afetivas e relacionais.</p> <p><i>“Ao longo desta semana, conseguimos ultrapassar algumas das dificuldades que surgiram anteriormente, otimizar melhor o tempo e aperfeiçoar os procedimentos e relação de confiança/ajuda com o doente. Foi uma semana bastante produtiva e enriquecedora”. (Doc. C3)</i></p> <p><i>“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a</i></p>

	<i>dificuldades que surgiram anteriormente, otimizar melhor o tempo e aperfeiçoar os procedimentos e relação de confiança/ajuda com o doente. Foi uma semana bastante produtiva e enriquecedora”. (Doc. M9)</i>	<i>enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc C10)</i>
Construção Identitária	<p>- O contexto clínico é visto pelos estudantes como determinante do processo de formação da identidade. Encaram a prática clínica como um espaço onde, por um lado, é possível desenvolver os saberes adquiridos em contexto de sala de aula, por outro, permite-lhes o real contato com a profissão.</p> <p>- Consideram que a formação em contexto clínico é um momento privilegiado para a reflexão e conhecimento mais aprofundado sobre a Pessoa que vivencia o processo de transição saúde/doença.</p> <p><i>“A prática clínica representa assim, a capacidade e a particularidade de pôr em prática, todos os saberes adquiridos ao longo do nosso percurso como alunos (...), e representa ainda, um ano muito importante na nossa vida como futuros enfermeiros, alicerçando e marcando de forma decisiva o nosso perfil profissional”. (Doc. M10)</i></p> <p><i>“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc. M10)</i></p> <p>- Manifestam que o sucesso atingido nos cuidados prestados ao doente contribuiu para o desenvolvimento da sua autoestima.</p> <p><i>“Através deste Relatório Final de Estágio pretendemos refletir sobre os constrangimentos e preocupações que se foram manifestando durante o evoluir da prática e também, sobre as realizações concretizadas com sucesso, que muito contribuíram para o incrementar da autoestima (...).” (Doc. M10)</i></p>	<p>- Ao longo do EC o desenvolvimento da identidade parece estar relacionado com o conhecimento aprofundado da patologia do doente. O próprio planeamento do estágio parece apontar nesse sentido. Existe a preocupação de a meio do EC mudar os estudantes de Ala para assim poderem contactar com uma maior diversidade de patologias.</p> <p><i>“Concluimos então que foi uma semana bastante produtiva e enriquecedora, na medida em que tivemos oportunidade de contactar com novas patologias como por exemplo as do tipo colo-rectal. (Doc. C7).</i></p> <p>- A construção identitária também parece estar diretamente relacionada com a valorização dos procedimentos técnicos.</p> <p><i>“Assim, concluimos que a uma semana do fim da prática clínica temos vindo a evoluir positivamente e executamos com maior desenvoltura e um maior à vontade os procedimentos acima enunciados”. (Doc. C9)</i></p> <p>- O contexto hospitalar influenciou o desenvolvimento da identidade na medida em que este estágio proporcionou experiências de vida marcantes. Despertou para a reflexão sobre a Pessoa (Vida Humana) em situação de doença e sofrimento.</p> <p><i>“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc C10)</i></p> <p>- Manifestam que o sucesso atingido nos cuidados prestados ao doente contribuiu para o desenvolvimento da sua autoestima.</p> <p><i>“Através deste Relatório Final de Estágio pretendemos refletir sobre os constrangimentos e preocupações que se foram manifestando durante o evoluir da prática e também, sobre as realizações concretizadas com sucesso, que muito contribuíram para o incrementar da autoestima que temos relativamente ao curso”. (Doc. C10)</i></p>

Focos de atenção: Utente	<p>- O foco de atenção no fim do EC é o doente no seu todo: Um ser bio-psico-social a vivenciar a situação de transição saúde/doença.</p> <p><i>“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc M10)</i></p>	<p>- O foco de atenção no fim do EC é o doente no seu todo: Um ser bio-psico-social a vivenciar a situação de transição saúde/doença.</p> <p><i>“Este estágio proporcionou-nos uma experiência de vida marcante na medida em que nos permitiu um contacto em contexto hospitalar com a enfermagem, por outro lado despertou em nós uma reflexão sobre a condição humana, a sua dignidade, valor e necessidades especiais sempre que se vive uma situação de doença”. (Doc C10)</i></p>
Focos de atenção: Aprendizagem	<p>No sentido de favorecer o processo ensino/aprendizagem, os estudantes referem ter sido adotadas as seguintes estratégias:</p> <p>- As atividades a desenvolver ao longo do EC foram introduzidas de forma gradual;</p> <p><i>“Ao longo desta semana, como tem vindo a ser habitual e de acordo com o processo de integração à prática clínica, foram introduzidos novos procedimentos. Ocorreu uma alteração no que diz respeito à distribuição de doentes. Passamos a ter duas salas (B e C) tendo por isso, alguns alunos, ficado com dois doentes”. (Doc. M6)</i></p> <p><i>“O método utilizado pelas enfermeiras orientadoras foi do agrado e contribui bastante para o nosso sucesso, atingindo os objetivos propostos.</i></p> <p><i>Os conceitos e técnicas foram introduzidos de uma forma gradual, só nos era delegado um novo procedimento quando o anterior estava bem consolidado. Tal facto permitiu alcançar todos os objetivos propostos e ainda a satisfação de no final da prática clínica ter todas as técnicas interiorizadas, conseguindo a execução de um plano de cuidados em tempo útil”. (Doc. M10)</i></p> <p>- A realização de uma reunião semanal em contexto de sala de aula (às sextas-feiras) promoveu a reflexão e partilha de experiências intra e inter grupos.</p> <p><i>Em relação às sextas-feiras:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (...) existe tempo para a apresentação de relatórios e 	<p>O processo ensino/aprendizagem privilegiou os seguintes aspetos:</p> <p>- Valorização das competências científico-técnicas;</p> <p><i>“Podemos concluir que foi uma semana em que continuamos a aperfeiçoar a nossa técnica no que diz respeito à execução de pensos e preparação de medicação. Vamos continuar a trabalhar e a estudar para melhorar quer a nossa prática quer a nossa teoria” (Doc. 4)</i></p> <p>- O método de trabalho adotado foi o “individual” e a distribuição dos estudantes obedeceu a um trabalho deliberado dos tutores no sentido de não permitir a colaboração entre pares. Nesse sentido os estudantes foram distribuídos por várias enfermarias aproximando-os dos enfermeiros da prática.</p> <p><i>“ Individualmente, sentimo-nos muito mais seguros e conseguimos por isso ultrapassar algumas das nossas dificuldades anteriores”. (Doc. C5)</i></p> <p><i>“Como tem sido habitual, fomos distribuídos por cinco enfermarias; esta semana cada um de nós ficou com três doentes. Tal facto levou-nos a organizar melhor o nosso plano de cuidados, sendo assim bastante positivo para a nossa aprendizagem como futuros profissionais de saúde. Foi dada a oportunidade, a todos os elementos do grupo, de realizar uma tarde, o que nos permitiu perceber que existe um método de trabalho diferente. Nesta, não são prestados os cuidados de higiene e temos mais oportunidade de comunicar com os doentes e respetivos familiares”. (Doc. C8)</i></p> <p>- Foi proporcionado a cada estudante a experiência de fazer alguns turnos de “tarde”.</p> <p><i>“Ao longo destas últimas semanas deram-nos a oportunidade de fazer</i></p>

	<p><i>exposição de problemas dos grupos de medicina e cirurgia. Segundo o nosso ponto de vista, esta junção é importante na medida em que podemos ter um feedback por parte dos grupos de cirurgia e vice-versa uma vez que posteriormente iremos trocar de serviço.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Achamos relevante ter uma opinião dos orientadores de prática clínica acerca da nossa evolução na mesma, sendo as sextas-feiras um dia oportuno para tal”. (Doc. M2)</i> <p><i>- Foi proporcionado a cada estudante a experiência de fazer um turno de “Tarde” próximo do final do EC.</i></p> <p><i>“Na última semana deram-nos a oportunidade de fazer uma tarde que nos permitiu perceber que existe uma diferença no método de trabalho. Nesta não são prestados cuidados de higiene e temos mais oportunidade para comunicar com o doente e família, no entanto o trabalho continua árduo”. (Doc. M10)</i></p>	<p><i>algumas tardes que nos permitiu perceber que existe uma diferença no método de trabalho. Nesta não são prestados cuidados de higiene e temos mais oportunidade de comunicar com o doente e com a família, no entanto o trabalho continua árduo”. (Doc. C10)</i></p>
Processos Supervisivos	<p><i>- A Relação supervisiva foi facilitadora do processo ensino/aprendizagem.</i></p> <p><i>“O método utilizado pelas enfermeiras orientadoras foi do nosso agrado e contribui bastante para o nosso sucesso, atingindo os objetivos propostos.</i></p> <p><i>Os conceitos e técnicas foram introduzidos de uma forma gradual, só nos era delegado um novo procedimento quando o anterior estava bem consolidado. Tal facto permitiu alcançar todos os objetivos propostos e ainda a satisfação de no final da prática clínica ter todas as técnicas interiorizadas, conseguindo a execução de um plano de cuidados em tempo útil”. (Doc. M10)</i></p>	<p><i>- A Relação supervisiva foi facilitadora do processo ensino/aprendizagem.</i></p> <p><i>“As Orientadoras, foram uma peça importante de todo este período de estágio, pela ajuda que nos deram, pelo apoio e por tudo o que nos ensinaram e transmitiram.</i></p> <p><i>São de facto pessoas dotadas de uma vasta experiência e capacidade que nos proporcionaram uma orientação produtiva em termos de prática clínica, que funcionou de elo entre os conhecimentos adquiridos na Faculdade, a sua experiência e a sua aplicação no contexto hospitalar. Proporcionaram-nos uma constante aquisição de conhecimentos que no futuro nos irão de certeza ser bastante úteis e fundamentais”. (Doc. C10)</i></p>

ANEXO XV

Grelha de análise - Entrevistas

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: CONTEXTO	
DOMINIO: Integração do Estudante	
Categoria Entrevista	
T1	<p>“ (...), eu vejo sempre o aluno como uma Pessoa que vem para aprender. Por isso tento deixa-lo à-vontade. (...) ”.</p> <p>“ (...), no início é uma integração gradual. Em geral na primeira semana deixo-os estar à-vontade. Gosto que eles vão comer juntos para se conhecer melhor. Às vezes os alunos não se conhecem. Vêm de grupos diferentes. Assim na primeira semana eles podem conhecer-se e criarem uma estabilidade para trabalharem em equipa. Depois a integração é fácil. Eu considero que as primeiras semanas são muito importantes. Assim é mais fácil partir para outro nível ”.</p>
T2	<p>“O serviço foi-lhes apresentado. Mostramos tudo o que havia para mostrar. Materiais, salas, ocupação das camas, a forma como os doentes são distribuídos, ...Foi feita uma pequena reunião onde abordamos tudo isto. Os dois ou três primeiros dias ficaram em observação. Ficaram com os enfermeiros das salas. Cada aluno acompanhou o respetivo enfermeiro e este teve o cuidado de lhe explicar todos os procedimentos que executava”.</p> <p>“Seguidamente foi feita a integração gradual das atividades. Primeiro sinais vitais, como utilizar o DINAMAP, ... Acompanhei cada aluno, sala por sala, doente por doente. Expliquei como havia de proceder e depois começamos com as higiènes já no quarto dia. As higiènes também dão muito trabalho porque eles têm medo de virar, de tocar em tudo... Tudo lhes faz confusão. Depois fomos integrando gradualmente as restantes atividades: terapêutica, ...”.</p>
T3	<p>“Por norma, no primeiro dia apresentamos a chefe do serviço e apresentamos o grupo à chefe. Depois apresentamos o grupo de alunos aos profissionais presentes. Os objetivos do EC são já do conhecimento de todos, mas relembramos. Seguidamente apresentamos o serviço (estrutura física) aos alunos. Falamos sobre o tipo de doentes e patologias mais frequentes.</p> <p>Falamos também do hospital em geral. Onde fica o bar, o refeitório, como podem fazer as suas refeições, ... Normalmente, no primeiro dia, não passa daí. No fundo, tentamos integra-los no serviço e na equipa. No segundo dia normalmente observam. Vêm os profissionais a prestar os cuidados aos doentes. Não temos o hábito de por logo os alunos com doentes. Primeiro observam e depois vamos integrando gradualmente nas diferentes atividades. Começamos pelos cuidados de higiene (colaborando com eles), alimentação e assim progressivamente. Temos por hábito todos os dias refletir um bocadinho com os alunos. Há situações que têm que ser refletidas de imediato com o aluno. Para além desse tipo de reflexão, no grande grupo (no fim do turno), refletimos sobre as dificuldades sentidas. Se algo não foi bom, então qual seria a melhor forma de</p>

	<i>ajudar...”.</i>
T4	<p><i>Nós integramos os alunos progressivamente. (...).Começamos por lhes dar os primeiros dias para observar. Andar pelo serviço de forma a conhecer todas as áreas, todos os materiais. Observar de forma geral os recursos do serviço e observar o trabalho de toda a equipa, sem os integrar imediatamente nesse trabalho. Distribuímos-os pelas enfermarias para que eles se identifiquem mais com determinado local, para não se sentirem perdidos no serviço, que é enorme. Assim dentro de cada enfermaria têm sempre um enfermeiro e tem 5 ou 6 doentes com quem eles podem conversar, acompanhar; acompanhar o trabalho do enfermeiro que está destinado a essa enfermaria e só observam. Isto nos primeiros dias (2º e 3º) dependendo do dia da semana em que começam. Depois começamos por lhe integrar as atividades de forma progressiva, dependendo da evolução que cada um tem e do grupo.</i></p> <p><i>Deixamos dois alunos por cada enfermaria para eles se sentirem apoiados. Para se precisarem de ajuda sentirem apoio do colega. No fundo também para se conhecerem melhor, para que dividam tarefas. Para lhes desenvolver o sentido de responsabilidade.</i></p> <p><i>“(...) nós distribuímos os alunos pelo serviço todo, por todas as enfermarias. Temos basicamente quatro enfermarias e conseguimos colocar dois em cada enfermaria com o enfermeiro responsável por aqueles doentes. Temos a preocupação de sermos nós a fazer aquelas atividades pontuais que se fazem menos vezes. A preparação da terapêutica, ... para lhes ensinar a forma correta de fazer as coisas”.</i></p>

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: CONTEXTO	
DOMÍNIO: Ambiente de Aprendizagem	
Categoria Entrevista	
T1	_____
T2	_____
T3	<p><i>“A medicina é aquele tipo de serviço, que acaba por alertar para o que se faz em todos os outros serviços. Quer em termos de tipo de utentes, quer em termos dos aspetos sociais. As carências deste tipo de doentes e os graus de dependência fazem com que desenvolvamos muito a nossa atenção. Em algumas especialidades apenas se dá a medicação, prepara-se os doentes para exames. Falam com os doentes, sim. Mas de forma diferente. Eu acho que não falam tanto com os doentes. Eles são autónomos, tratam das coisas deles, tem visitas, família, ... Enquanto nos doente da medicina, se o enfermeiro não se aproxima dele, se não conversar, se não o tentar compreender, acabam por ficar sozinhos. É necessário aproximarmo-nos, fazer-los falar... Isto também é fazer enfermagem não é?”.</i></p>
T4	<p><i>“ (...) o serviço de cirurgia é um serviço que abrange todas as áreas. É muito global. Não é de forma nenhuma um serviço específico, só virado para um determinado grupo de patologias. Talvez por isso seja um serviço que enriquece muito os alunos. Dá-lhes noções básicas. Permite-lhes trabalhar dentro de qualquer área. Porque no fundo nós temos doentes com todo o tipo de patologias. Desde doentes acidentados, aos traumatismos craneoencefálicos, fraturas dos arcos costais, ... cirurgia plástica, cirurgia vascular. Temos também doentes de urologia. Doentes tanto de foro médico como de foro cirúrgico, que não deixam de ser de foro médico porque tem um problema cirúrgico temporário”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: RELAÇÃO PEDAGÓGICA		
DOMINIO: Relação entre tutor e estudante		
Categoria Entrevista	Relação de Apoio	Relação de Distanciamento
T1	<p><i>“E eu acho que se nós explicarmos as coisas, os alunos acabam por entender”.</i></p> <p><i>“Sou enfermeira há 20 anos e já orientei bastantes alunos. Mas também tenho aprendido muito com eles. Eles vêm com experiências diferentes, visões diferentes, ...”.</i></p> <p><i>“(…) tive uma aluna que estava a administrar insulina e termia por todo o lado. Eu tive que lhe guiar a mão para ela poder picar. Ela depois disse: «Muito Obrigada». O ensino também é isto. Não é só estar a ver. Por isso eu acho que tenho que estar com todos. Tem que ser uma presença continua”.</i></p> <p><i>“Neste grupo de alunos lembro-me que uma aluna estava a entubar uma doente em fase terminal e a doente faleceu na altura em que estava a ser entubada. Lembro-me que a aluna largou tudo... Estava a enfermeira da sala e eu entreguei a doente, e fui ter com a aluna. Eu tento sempre separar-me do meio em que estou para apoiar o aluno. E a minha atenção é para com o aluno e, para com o que ele está a sentir. Eu poderia não valorizar. A aluna saía e eu ficava ali. Mas é isso. Às vezes quem está com os alunos não têm sensibilidade para isso. Mas é a minha opinião”.</i></p> <p><i>“Para mim cada experiência é sempre diferente. Eu procuro dar o meu melhor. Cada aluno é um aluno e eu tento conhece-los no</i></p>	

	<i>início pessoalmente. Pessoalmente nunca os conheço, mas individualmente. Procuro estar atenta a cada um e dou-lhes o máximo de apoio”.</i>	
T2	_____	<p><i>“Aqueles falhas de comunicação connosco... Mas acho que não conseguimos chegar lá. Eles não estavam muito abertos a comunicar e a falar sobre o que se passava no grupo. Houve por parte deles, falta de abertura. Nós dissemos: «Vocês podem falar, ninguém vos vai prejudicar, pelo que quer que seja». Mas mesmo assim foi um grupo que não se abriu. Diziam que estava tudo bem. Perguntávamos o que é que era necessário mudar, que estavam abertas a sugestões e nunca se referiram a nada. Não havia sugestões. Isso limitou um bocado”.</i></p> <p><i>(Senti) “Uma grande dificuldade em comunicar como grupo de alunos e perceber o que se estava a passar com eles. Pouca abertura por parte dos alunos”.</i></p>
T3	<p><i>“Difícil às vezes é lidar com a personalidade dos alunos e também com a sua parte pessoal. Porque eles quando chegam trazem uma bagagem global muito grande. Eu já tive alunos, aliás mais do que um, em que tive necessidade de interromper o trabalho, e leva-lo lá para fora, pedir aos colegas para ficarem com ele e deixa-los uma a duas horas a conversar. Eles trazem problemas de lá de fora, com os pais, separação dos pais, ...e isso influencia-os muito. E nós temos de os ajudar a resolver estas situações para depois eles poderem iniciar aqui o seu trabalho. Acaba por ser: conhecer o aluno e ajuda-lo a resolver os problemas que ele trás”.</i></p> <p><i>“Acho que é necessário conhecer minimamente o aluno e depois temos que nos adaptar a cada um. Não podemos lidar com todos da mesma forma. Temos que direcionar a nossa atenção sobre «aquele aluno» de forma diferente. E isto para todos eles (...)”.</i></p>	_____
T4	_____	_____

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: RELAÇÃO PEDAGÓGICA	
DOMINIO: Relação entre professor e estudante	
Categoria Entrevista	
T1	<i>“Nós somos assistentes, não é, mas quando o professor vem cá é diferente. Os alunos sentem-se mais apoiados quando vêm a figura da “escola” - O Professor. Os alunos sentem a ligação entre a escola e nós. Isso é muito bom para eles, eu acho”.</i>
T2	_____
T3	_____
T4	_____

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: RELAÇÃO PEDAGÓGICA	
DOMÍNIO: Relação entre tutor e professor	
Categoria Entrevista	
T1	<i>“Senti apoio. Coloquei as questões à Profª ____ e senti ajuda”.</i>
T2	<i>“É uma pessoa que passa muitas vezes. Também se houver algum problema é só telefonar e ela aparece logo a tentar resolver”.</i>
T3	<i>“Até agora não tenho tido nenhum problema em falar com a escola e, em que a escola esteja atenta às minhas solicitações”.</i> <i>“Já trabalhei com diferentes professores da escola e nunca tive problemas. Quando solicitei ajuda tive sempre. Quer cá no serviço, quer na escola. Não me tenho sentido “desprotegida”.</i>
T4	<i>“A escola apoia na medida em que os professores responsáveis pelo EC estão sempre disponíveis para nos ajudar. Temos os contactos deles e sempre que são solicitados estão disponíveis para cá vir. Para falar connosco. Para na faculdade se juntarem connosco e falarem com os alunos”.</i>

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: RELAÇÃO PEDAGÓGICA		
DOMÍNIO: Relação entre Estudantes e Equipa Multidisciplinar		
Categoria Entrevista	Relação de Apoio	Relação de Distanciamento
T1	<p><i>“ (...) Achei interessante que até a médica se preocupou com a aluna. Mas é muito importante não é?”.</i></p> <p><i>“Em cada momento o orientador só consegue estar com um aluno. Eu procuro estar atenta aos outros, mas a equipa ajuda os outros alunos”.</i></p> <p><i>“Mas também é preocupação do serviço saber quem é que tem mais aptidões para ensinar. Normalmente esses enfermeiros ficam nas enfermarias que tem mais alunos”.</i></p>	<p><i>“ (...) tive um aluno em que o seu doente necessitava de ser aspirado. De manhã, dei-lhe a oportunidade de estar eu a aspirar, e ele ficou a observar. À hora de almoço não pude estar com ele. Quando cheguei lá, perguntei se ele tinha aspirado o seu doente, e ele respondeu, que o enfermeiro que estava na sala, não deixou. Eu fico danada com estas coisas. Porque é assim: como é que um aluno aprende se nós não deixarmos?”.</i></p>
T2	_____	_____
T3	<p><i>“Noto que os alunos se identificam com determinados enfermeiros. Quando o aluno tem uma dúvida, ou nos procura a nós tutoras, ou se determinado enfermeiro estiver no turno, ele procura-o. Ou porque se sentem mais à-vontade, ou porque a idade é mais próxima, ou fundamentalmente, pela forma como o enfermeiro se dirige a ele. O contrário também se verifica. Às vezes, evitam ao máximo determinado enfermeiro mesmo quando se trata do enfermeiro de sala. (...) Parece-me que se trata de uma identificação apenas em</i></p>	<p><i>“Noto que os alunos se identificam com determinados enfermeiros. Quando o aluno tem uma dúvida, ou nos procura a nós tutoras, ou se determinado enfermeiro estiver no turno, ele procura-o. Ou porque se sentem mais à-vontade, ou porque a idade é mais próxima, ou fundamentalmente, pela forma como o enfermeiro se dirige a ele. O contrário também se verifica. Às vezes, evitam ao máximo determinado enfermeiro mesmo quando se trata do enfermeiro de sala. (...) Parece-me que se trata de uma identificação apenas em termos de comunicação e não em termos profissionais. É o estar mais à-</i></p>

	<p><i>termos de comunicação e não em termos profissionais. É o estar mais à-vontade, a disponibilidade para tirar duvidas, a forma como explicam, ...”.</i></p>	<p><i>vontade, a disponibilidade para tirar duvidas, a forma como explicam, ...”.</i></p> <p><i>“Em relação à equipa médica, eles não têm muito contacto. Não há muita afinidade. Aproximam-se do médico quando ele está a observar os doentes e então aproveitam para ouvir o que o médico diz sobre o doente. Não têm muito o hábito de procurar o médico no sentido de clarificar alguma coisa. Pode ter acontecido num ou outro caso, mas foi situações muito pontuais. Acho que não se pode falar de aproximação”.</i></p>
T4	<p><i>“Mas temos uma equipa muito colaboradora. Estamos habituados a ter alunos quase o ano inteiro. De diferentes faculdades e em diferentes etapas.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>E são todos muito abertos. Qualquer um deles está sempre pronto a ajudar e a ensinar. Portanto nesse aspeto eu acho que eles têm muita sorte. Felizmente o serviço foi sempre assim. Nunca tivemos problemas”.</i></p> <p><i>“Temos a certeza de que nunca estão sós. Têm sempre a orientação de um enfermeiro do serviço”.</i></p>	

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: RELAÇÃO SOCIO-CLINICA		
DOMINIO: Relação entre pares		
Categoria Entrevista	Relação de colaboração e interajuda	Relação distanciamento e/ou conflito
T1	<i>“O grupo conheceu-se cada vez melhor. Eu acho que isso é uma coisa que os ajuda muito. Muitos deles referiam que não se conheciam. Quando se começaram a conhecer, começaram a ganhar confiança uns nos outros e isso interferiu na prestação de cuidados. Ficaram mais despertos e mais libertos para investigar, para procurarem, para abordarem melhor o doente, consultar processos, ...”.</i>	
T2	_____	_____
T3	<i>“A comunicação foi uma competência que eles desenvolveram muito, porque entre eles existia o espírito de interajuda.</i>	
T4		<i>“E também acho que havia ali uma pessoa que no fundo tentava impor-se aos outros. Tentava controla-los, mas não conseguia”.</i> <i>“Este grupo foi basicamente diferente do habitual. Acho que nunca funcionou muito bem como grupo”.</i>

		<p><i>“(...) era um grupo muito suis generis”.</i></p> <p><i>“Uma das dificuldades foi o facto de o grupo não funcionar como grupo. Já vinha de outro estágio e notava-se que havia uma perfeita divisão no grupo”.</i></p> <p><i>“É evidente que é sempre complicado conseguirmos orientar um grupo, que realmente não é coeso, que é faltoso, que parecia desmotivado e que se dispersava muito”.</i></p>
--	--	---

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: RELAÇÃO SOCIO-CLINICA		
DOMINIO: Relação tutor e equipa multidisciplinar		
Categoria Entrevista	Interajuda e Autonomia	(Des) responsabilização do seu papel
T1		<p><i>“Há colegas que por eu estar com alunos se descartam de tudo. Mas não deve ser assim. O doente também é delas. Estou aqui para defender a escola e os alunos, e a responsabilidade dos cuidados ao doente também é do enfermeiro que lhe esteja atribuído.</i></p> <p><i>Mas eu conheço as pessoas. Eu trabalho aqui”.</i></p> <p><i>“Acho que se calhar até lhes fazia bem vir alguém de fora para eles não abusarem tanto”.</i></p>
T2	<p><i>“Todo o serviço colabora bastante. Não sinto qualquer tipo de dificuldade”.</i></p> <p><i>“Pelo facto de estarmos no próprio serviço a exercer a tutoria, acaba por haver uma certa mistura. Acaba por funcionar como uma ajuda. Há uma maior interligação e ajudamo-nos em alguns aspetos. Acho que não fazem aquela divisão entre enfermeira e tutora. Com frequência alertam-me para certos aspetos dos alunos: «Olha isto...»; «Já viste a postura daquele aluno?». «Este é muito jeitoso...». «Gostei muito do aluno que esteve hoje comigo». Comunicam bastante neste aspeto”.</i></p>	
T3		<p><i>“ Estamos no serviço e alguns colegas esquecessem, e confundem-nos. Com os médicos é a mesma coisa. Temos que saber gerir. Quando estamos de turno, estamos com os colegas de serviço, quando estamos como tutores, estamos cá para os alunos. Temos que nos impor um bocadinho”.</i></p>

<p>T4</p>	<p><i>“Nós temos à-vontade na execução das técnicas, na tomada de decisão, em relação ao próprio doente. Por exemplo: se estamos a fazer um penso, nós temos autonomia, dependendo do médico, da equipa que está, em tomar decisões naquele doente. Não precisamos de chamar o enfermeiro que está responsável por aquele doente ou o médico. Naquele momento estou lá com os alunos, tomo a decisão e comunico à colega que está com o doente”.</i></p> <p><i>“Quantas vezes, estou ocupada com um aluno, e o colega acompanha o outro aluno. No fim vem dizer-me: «estive com o aluno X a fazer isto, e isto, ...»; também tenho segurança com os colegas”.</i></p>	
------------------	---	--

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA		
DOMINIO: Intervenção Pedagógica do Tutor		
Categoria Entrevista	Desenvolvimento de Competências Profissionais	Desenvolvimento Pessoal do Estudante
T1	<p>(A competência que tiveram maior dificuldade em desenvolver) “inicialmente foi a «técnica». Mas depois chegaram a ir à escola para aferir as técnicas. Acho que a competência «relação» é aquela que os alunos têm mais dificuldade. Também é essa que nós procuramos estar mais presentes. Bem, nós estamos presentes em todas as outras, mas esta é muito importante. No entanto se dermos um bocadinho de acompanhamento, eu acho que é das mais fáceis de atingir. Mas com muito acompanhamento. Eu acho que muitas vezes é por eles se sentirem desamparados. Muitas vezes não têm ninguém que lhes diga como fazer. Temos por isso que ajuda-los muito nesse aspeto”.</p> <p>“ (...) Por exemplo, determinado aluno pode ser muito sensível à relação, mas se nós não dermos importância, ele desvaloriza”.</p> <p>(O aspeto que mais valorizei no processo de acompanhamento do estudante foi) “A relação. Acho muito importante. A parte técnica também. Têm que ser rigorosos. Às vezes eles não são tão sensíveis”.</p>	<p>“ (...) Dai o nosso papel no sentido de ajudar aqueles que tem mais necessidades”.</p> <p>“ (...) É preciso fazer-los entender a importância das coisas sem as levar a um rigor extremo”.</p> <p>“(…) E eu acho que se nós explicarmos as coisas, os alunos acabam por entender”.</p> <p>“ Mas também tudo depende de nós. Se eu quiser, chego aqui de manhã e ponho-me só a observar. Mas não. Acho que não os devo deixar sozinhos, desamparados”.</p> <p>“Já tive uma aluna que estava a administrar insulina e termia por todo o lado. Eu tive que lhe guiar a mão para ela poder picar. Ela depois disse. «Muito Obrigada». O ensino também é isto. Não é só estar a ver. Por isso eu acho que tenho que estar com todos. Tem que ser uma presença continua”.</p> <p>“Neste grupo de alunos lembro-me que uma aluna estava a entubar uma doente em fase terminal e a doente faleceu na altura em que estava a ser entubada. Lembro-me que a aluna largou tudo... Estava a enfermeira da sala e eu entreguei a doente e fui ter com a aluna. Eu tento sempre separar-me do</p>

		<p><i>meio em que estou para apoiar o aluno. E a minha atenção é para com o aluno e para com o que ele está a sentir. Eu poderia não valorizar. A aluna saía e eu ficava ali. Mas é isso. Às vezes quem está com os alunos não têm sensibilidade para isso. Mas é a minha opinião”.</i></p> <p><i>“Partirem para outro patamar depende muito do apoio que se lhes dá. Se assim não fosse estariam muito mais inseguros”.</i></p> <p><i>“Eu estou sempre preocupada com isso. Com a parte emocional”.</i></p>
T2		<p><i>“O meu papel foi mesmo o de fazer-los crescer e de torna-los o mais independentes possível”.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>Mas o grande desafio foi sempre fazer-los crescer e fazer deles independentes”.</i></p>
T3	<p><i>“(…) valorizei mais o aspeto relacional: A forma como o aluno se aproxima do doente. O não ter medo de fazer...”.</i></p> <p><i>(...) Eu acho que neste tipo de serviço e durante os EC os alunos devem ser incentivados a construir uma relação de ajuda. Claro que há limites. Mas eu acho que o facto de o aluno chegar junto do doente e dizer «Bom Dia», «Como está», «Dormiu bem», «Como é que se sente» ... valorizo muito isso. Não basta entrar na sala e dizer «Bom Dia» e acabou. Acho que o lado humano é muito importante. Dou muito valor a isso. À forma como o aluno consegue comunicar. É certo que todo o resto é importante, mas eu acho que é necessário trabalhar muito esta parte”.</i></p> <p><i>“ (...) o tipo de reação inicial (do estudante) é de receio. Só ao aproximar-se das enfermarias, já manifesta receio. O mesmo acontece com os doentes. Mas com o passar do tempo, se formos com eles... Aqui também é importante o tipo de doentes que temos. O facto de termos doentes agitados assusta o aluno. Mas se</i></p>	<p><i>“ (...) com o tempo também nos vamos apercebendo que determinados alunos necessitam de mais acompanhamento, e então estamos mais atentos com eles”.</i></p> <p><i>“Um cuidado que habitualmente temos, quando há um caso de morte, é parar e reunir com eles. Falamos sobre o sucedido de forma a que eles encarem a morte como um processo natural”.</i></p> <p><i>Eu já tive alunos, aliás mais do que um, em que tive necessidade de interromper o trabalho, e leva-lo lá para fora, pedir aos colegas para ficarem com ele e deixa-los uma a duas horas a conversar. Eles trazem problemas de lá de fora, com os pais, separação dos pais, ...e isso influencia-os muito. E nós temos de os ajudar a resolver estas situações para depois eles poderem iniciar aqui o seu trabalho. Acaba por ser: conhecer o aluno e ajuda-lo a resolver os problemas que ele trás”.</i></p>

	<p><i>estivermos um bocadinho com eles junto do doente, são eles próprios que dizem «Já pode ir, eu agora fico...». Acho que no início existe medo, mas com o tempo é ultrapassado”.</i></p> <p><i>“No caso da aplicação da teoria na prática, nós conseguimos trabalha-lo. Pode um ou outro, levar mais tempo”.</i></p> <p><i>“Temos por hábito todos os dias refletir um bocadinho com os alunos. Há situações que têm que ser refletidas de imediato com o aluno. Para além desse tipo de reflexão, no grande grupo (no fim do turno) refletimos sobre as dificuldades sentidas. Se algo não foi bom, então qual seria a melhor forma de ajudar...”.</i></p>	
T4	<p><i>“Temos a preocupação de sermos nós a fazer aquelas atividades pontuais que se fazem menos vezes. A preparação da terapêutica, ... para lhes ensinar a forma correta de fazer as coisas. Nós sabemos que a experiência e o facto de ter muitas coisas para fazer, faz com que nem todos executem as coisas da forma mais correta. Eles têm tempo de apreender vícios e de não fazer as coisas corretamente. Por isso preocupamo-nos em estar presentes”.</i></p>	

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA	
DOMINIO: Papel mediador da equipa	
Categoria Entrevista	
T1	<i>“Em cada momento o orientador só consegue estar com um aluno. Eu procuro estar atenta aos outros, mas a equipa ajuda os outros alunos. Mas eu acho que o papel do orientador é estar com o aluno e valorizar mais. O enfermeiro pode estar na sala mas pode não dar a importância necessária”.</i>
T2	<i>“Esta equipa ajuda muito. Sem a equipa não conseguíamos orientar os alunos. O papel da equipa é fundamental no processo de acompanhamento dos alunos. Não é possível estar em todo o lado ao mesmo tempo”.</i>
T3	_____
T4	<p><i>“A equipa de enfermagem tem um papel muito importante. Em todos os aspetos. (...) Mas temos uma equipa muito colaboradora.</i></p> <p><i>(...) E são todos muito abertos. Qualquer um deles está sempre pronto a ajudar e a ensinar”.</i></p> <p><i>“Mas nós sempre tivemos muitos alunos e o serviço é muito aberto. Por esse facto nós distribuimos os alunos pelo serviço todo, por todas as enfermarias. Temos basicamente quatro enfermarias e conseguimos colocar dois em cada enfermaria com o enfermeiro responsável por aqueles doentes”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS		
DOMINIO: Competências Globais/Genéricas		
Categoria Entrevista	Identificadas	Não Identificadas
T1	<p><i>“Se calhar no início pensavam que a Enfermagem era diferente. Registos, administração de terapêutica... Mas depois eles conseguiram ver a enfermagem mais pelo «Cuidar». Perceberam que a enfermagem não é só isso, não é só a «técnica». Não é só «prestar cuidados». (...) Eu acho que eles se apercebem disso, fundamentalmente, quando estão na prática. Com o tempo eles percebem que, lá está, os cuidados de higiene são muito importantes, mas depois, a enfermagem tem muito mais. (...) O «apoio» que podemos dar ao doente é fundamental. Às vezes o doente não colabora, mas se conversarmos um bocadinho com ele, depois passa a colaborar. Com o tempo, os alunos percebem que a enfermagem é um conjunto de «muitas coisas».</i></p>	_____
T2	_____	_____
T3	<p><i>“Quando cá chegaram vinham com uma postura e, ao longo do EC mudaram muito. Notou-se que cresceram como alunos e como pessoas. E depois há aquelas fases em que eles “saltam” para a seguinte, porque sentem que já está tudo consolidado”.</i></p>	_____
T4	<p><i>E também tínhamos aqueles alunos responsáveis, já com muita maturidade, mais velhos em relação ao grupo. Com uma maturidade completamente diferente”.</i></p>	<p><i>“Tivemos alunos muito imaturos. Que levavam isto de uma forma muito leve. Naquela: «Eu sou o maior». Mas quando surgia algum problema a mãe aparecia para resolver”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS				
DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS				
DOMINIO: Competências Técnico-científicas /Habilidades e Conhecimentos				
Categoria	Competências Técnicas		Competências Científicas	
Subcategoria Entrevista	Identificadas	Não Identificadas	Identificadas	Não Identificadas
T1	<p><i>“Eles habitualmente ficam muito ansiosos. Querem fazer tudo. Querem executar as «técnicas» todas. Por ex.: É normal numa primeira algaliação não fazerem bem. Sinto que se preocupam muito com as «técnicas» quando surgem pela primeira vez”.</i></p> <p><i>“Nota-se que estão muito apreensivos em relação às «técnicas» e referem que aqui não é exatamente como nas aulas”.</i></p> <p><i>(A competência que tiveram maior dificuldade em desenvolver) “inicialmente foi a técnica. Mas depois chegaram a ir à escola para aferir as técnicas”.</i></p>	<p><i>(A competência que tiveram maior dificuldade em desenvolver) “inicialmente foi a técnica. Mas depois chegaram a ir à escola para aferir as técnicas”.</i></p>	<p><i>“Com o tempo os alunos percebem que a enfermagem é um conjunto de muitas coisas. Por exemplo, em relação aos «saberes». Com o tempo eles percebem a importância de saber a «teoria”.</i></p>	<hr/>

<p>T2</p>	<p>“Os alunos preocupam-se muito com a «técnica», ...com a «experiência», ...com o «saber-fazer». A conversa deles é: «Quantas colheitas já fiz..., consegui puncionar, ...». Os pensos. Valorizam muito a «técnica», o «procedimento» ”.</p> <p>“Eles centram-se muito na «técnica». No saber-fazer e, mais nada. Contam quantos «procedimentos/técnicas» já fizeram. Para eles é muito importante o «saber-fazer». O «ser capaz de fazer» ...”.</p> <p>“O que me parece é que estes alunos valorizam muito a parte «técnica». Gostam muito do «saber-fazer». Talvez se afastem, tal como eu dizia há pouco, do «conhecimento» privilegiando mais a «execução» e a «prática» ”.</p>			<p>“As competências que desenvolveram com maior dificuldade relacionam-se fundamentalmente com os conhecimentos e mais especificamente com a farmacologia. Este grupo de alunos, e os alunos em termos gerais, têm muita dificuldade em relacionar o fármaco com a patologia. Depois de os motivarmos a fazer pesquisa até começam a ser capazes de dizer para que serve o fármaco mas continuam a ter dificuldade em adequar aquele doente especificamente. Um determinado fármaco, num doente dá-se com um objetivo, noutro já é com um objetivo diferente. E é isto que eles têm dificuldade em perceber. Em termos de conhecimentos de patologia também manifestam dificuldades. Trazem poucos conhecimentos e é necessário andar constantemente a questioná-los e a alertá-los para a necessidade de fazer pesquisa”.</p> <p>“Mas a farmacologia é realmente um grande “deficit” que temos vindo a sentir em todos os grupos”.</p> <p>“O que me parece é que estes alunos valorizam muito a parte</p>
------------------	--	--	--	--

				<p>«técnica». Gostam muito do «saber-fazer». Talvez se afastem, tal como eu dizia há pouco, do «conhecimento» privilegiando mais a «execução» e a «prática».</p> <p>“O olhar para o doente e identificar os «problemas» que ele tem e passar para o papel. As «atividades», os «resultados esperados», ... são coisas que os alunos têm sempre muita dificuldade e que exige muito de nós”.</p>
T3		<p>“As «técnicas» relacionadas com a terapêutica. O grupo manifestou grande dificuldade nos «procedimentos» com a terapêutica. Têm dificuldade em preparar, não têm «conhecimentos» sobre diluições, tempos de administração, ...”</p> <p>“Em termos de «técnicas», penso que o receio influenciou bastante. Foi o primeiro contacto com o hospital, com o campo de estágio, com as coisas, ... E acho que acaba por ser um bocadinho por aí. O medo de errar... As “continhas”...Pensam: «Se tenho duas coisas para dar por</p>	<p>“No caso da aplicação da «teoria» na «prática», nós conseguimos trabalhá-los. Pode um, ou outro, levar mais tempo. Mas isso não é o pior”.</p>	<p>“O grupo manifestou grande dificuldade nos «procedimentos» com a terapêutica. Têm dificuldade em preparar, não têm «conhecimentos» sobre diluições, tempos de administração, ...”</p>

		<i>onde começo? Posso dar seguido ou não?». Acho que é mesmo uma questão de insegurança”.</i>		
T4	<p><i>“ (...) eles vêm ávidos de desenvolver as competências «técnicas», ávidos mesmo. Mais preocupados com as competências «técnicas» do que com a «relação». Do que em «compreender». Não se preocupam em explicar ao doente o que se vai fazer – «o comunicar». A preocupação em fazer bem, e executar algo é tal, que se esquecem de todo o resto. Eles ficam bloqueados nas primeiras vezes que fazem as coisas. De tal forma estão concentrados na execução «técnica» (no fazer), que se esquecem que há uma Pessoa ali. Parece que estão na «sala de técnica», na escola, com o boneco à frente. Chegam ali, puncionam o doente, por exemplo, e esquecem-se de todo o resto”.</i></p> <p><i>“Não é que seja um trabalho por blocos. Mas a preocupação deles é tanta em fazer as coisas todas certinhas, tudo direitinho... Conseguir puncionar um doente,</i></p>	_____	<p><i>“Alguns vão daqui com muita vontade de pesquisar e ir ler, de ir fazer trabalhos e de saber um bocadinho mais acerca das coisas”.</i></p>	_____

	<p><i>conseguir cateterizar um doente, que quando estão a fazer, esquecem-se que é um doente que está ali. Que é uma Pessoa”.</i></p> <p><i>“E eles acham que se conseguirem algaliar bem um doente, se não sentirem dificuldade, já são uns excelentes alunos. Para eles a «técnica» é suficiente para ser enfermeiro. «Já posso levar o “vinte” porque chego aqui e faço as todas as técnicas que aprendi» ”.</i></p>			
--	---	--	--	--

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS		
DOMINIO: Competências Atitudes/Ético-Morais		
Categoria Entrevista	Identificadas	Não Identificadas
T1	_____	_____
T2	_____	_____
T3	_____	_____
T4	<p><i>“Aquilo que eu lhes tento inculir, primeiro é o sentido de «responsabilidade». Estamos a lidar com pessoas. Tudo o que fazemos é demasiado importante. Podemos pôr em risco a vida de alguém.</i></p> <p><i>“Não ter receio de dizer que não sabe. Nunca fazer as coisas sem ter a certeza daquilo que estão a fazer”.</i></p>	<p><i>“(…) há pessoas que andam aqui um bocadinho para passar o tempo. Levam isto como uma passagem. Muitos deles pensam que é mais uma aula teórica e no fim toda a gente passa”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS		
DIMENSÃO: COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS		
DOMINIO: Competências Relação/Sócio Afetivas		
Categoria Entrevista	Identificadas	Não Identificadas
T1	<p><i>“Neste grupo tivemos alunos que tinham muita facilidade em termos de «relação». No «saber-estar»”.</i></p> <p><i>“ Em relação ao grupo em si, uns procuraram investir mais na «destreza», outros na «relação» com os doentes”.</i></p> <p><i>“(…) no início pensavam que a Enfermagem era diferente. Registos, administração de terapêutica... Mas depois eles conseguem ver a enfermagem mais pelo «cuidar». Percebem que a enfermagem não é só isso, não é só a «técnica». Não é só «prestar cuidados». (...) Que se pode sempre abordar o doente de uma outra forma. Eu acho que eles se apercebem disso fundamentalmente quando estão na prática”.</i></p> <p><i>“Com o tempo eles percebem que, lá está, os «cuidados de higiene» são muito importantes, mas depois a enfermagem tem muito mais. A «relação» pode-se estabelecer durante a prática. O apoio que podemos dar ao doente é fundamental”.</i></p> <p><i>“Com o tempo os alunos percebem que a enfermagem é um conjunto de muitas coisas”.</i></p> <p><i>“Acho que a competência «relação» é aquela que os alunos têm mais dificuldade. Também é essa em que nós procuramos estar mais presentes. Bem, nós estamos presentes em todas as outras, mas esta é muito importante. No entanto, se dermos um bocadinho de acompanhamento, eu acho que é das mais fáceis de atingir. Mas com</i></p>	<p><i>“Em relação ao grupo em si, uns procuraram investir mais na «destreza», outros na «relação» com os doentes”.</i></p>

	<p><i> muito acompanhamento. Eu acho que muitas vezes é por eles se sentirem desamparados. Muitas vezes não têm ninguém que lhes diga como fazer. Temos por isso que ajudá-los muito nesse aspeto”.</i></p> <p><i>“ (...) Por exemplo, determinado aluno pode ser muito sensível à «relação», mas se nós não dermos importância, ele desvaloriza”.</i></p> <p><i>“Mas tudo tem que ser um conjunto. As competências não devem ser vistas de forma individual”.</i></p> <p><i>“A «relação». Acho muito importante. A parte «técnica» também”.</i></p>	
T2	<p><i>“Neste grupo tivemos alunos que sim. Que conseguiram e valorizaram esta competência, outros, não. É certo que se por um lado a capacidade de «comunicar» depende um pouco de cada um de nós, também é verdade que se vai trabalhando com o tempo. Talvez por eles ainda serem jovens tenham mais dificuldades”.</i></p> <p><i>“Ao nível da comunicação, também pontualmente, de vez em quando, foi preciso lá ir e dizer algo. Por exemplo, começar eu a falar com o doente, para de seguida o aluno se integrar um bocadinho na conversa e dar continuidade”.</i></p>	<p><i>“Neste grupo tivemos alunos que sim. Que conseguiram e valorizaram esta competência, outros, não. É certo que se por um lado a capacidade de «comunicar» depende um pouco de cada um de nós, também é verdade que se vai trabalhando com o tempo. Talvez por eles ainda serem jovens tenham mais dificuldades”.</i></p> <p><i>“Ao nível da comunicação, também pontualmente, de vez em quando, foi preciso lá ir e dizer algo. Por exemplo, começar eu a falar com o doente, para de seguida o aluno se integrar um bocadinho na conversa e dar continuidade”.</i></p>
T3	<p><i>“Eu acho que acaba por ser o relacionamento ao nível da «comunicação» com os doentes. Nos primeiros dias custa um bocado. Mas depois eu acho que é a parte que eles desenvolvem melhor. As outras também. Mas nota-se que ao fim de alguns dias após estarem com os doentes, mesmo mudando de doentes, eles conseguem relacionar-se muito bem com os doentes. Pode haver um caso ou outro que não seja assim, mas são situações isoladas (...). Eu acho que é uma competência que os alunos desenvolvem muito e que sobressai sobre as outras”.</i></p> <p><i>“A «comunicação» foi uma competência que eles desenvolveram</i></p>	

	<p><i> muito, porque entre eles existia o espírito de interajuda. Pelo facto de um aluno comunicar bem e ter uma boa «relação» com os seus utentes, os outros também iam desenvolvendo essa competência”.</i></p> <p><i>“Eu acho que eles dão muita atenção à «comunicação». Mas também à situação social dos doentes”.</i></p> <p><i>“(…) Mas acho que valorizam muito a «comunicação». Também se preocupam com o facto de o doente viver sozinho ou se vive com a família”.</i></p> <p><i>“(…) nos doentes da medicina, se o enfermeiro não se aproximar dele, se não conversar, se não o tentar compreender, acabam por ficar sozinhos. É necessário aproximarmo-nos, fazê-los falar... Isto também é fazer enfermagem, não é?”.</i></p> <p><i>“ (...) valorizei mais o aspeto relacional. A forma como o aluno se aproxima do doente. O não ter medo de fazer...Chegam por vezes alunos com muito medo e mantêm uma certa distância. Eu acho que neste tipo de serviço e durante os EC os alunos devem ser incentivados a construir uma «relação de ajuda». Claro que há limites. Mas eu acho que o facto de o aluno chegar junto do doente e dizer «Bom Dia», «Como está», «Dormiu bem», «Como é que se sente» ... valorizo muito isso. Não basta entrar na sala e dizer «Bom Dia» e acabou”.</i></p> <p><i>“Acho que o «lado humano» é muito importante. Dou muito valor a isso. À forma como o aluno consegue comunicar. É certo que todo o resto é importante, mas eu acho que é necessário trabalhar muito esta parte”.</i></p> <p><i>“(…) acho que nestes doentes mais idosos que vivem sozinhos, ou quando têm filhos, só os vêm à noite, é muito importante ter alguém que fale com eles um bocadinho. Nem que seja só para ouvir”.</i></p> <p><i>“Eu valorizo muito” (a relação).</i></p>	<hr/>
--	--	-------

<p>T4</p>	<p><i>“A parte relacional fica descurada. Se falarmos da parte relacional mais nos períodos mortos, quando têm que fazer questões ao doente, entrevistas, colher dados, ... aí já estão preocupados em absorver informação, então já valorizam a relação”.</i></p>	<p><i>“Mais preocupados com as competências técnicas do que com a relação”.</i></p> <p><i>“Não se preocupam em explicar ao doente o que se vai fazer – «o comunicar». A preocupação em fazer bem, e executar algo é tal, que se esquecem de todo o resto. Eles ficam bloqueados nas primeiras vezes que fazem as coisas. De tal forma estão concentrados na execução técnica (no fazer), que se esquecem que há uma Pessoa ali. Parece que estão na “sala de técnica”, na escola, com o boneco à frente. Chegam ali, punccionam o doente, por exemplo, e esquecem-se de todo o resto”.</i></p> <p><i>“A parte relacional fica descurada. Se falarmos da parte relacional mais nos períodos mortos, quando tem que fazer questões ao doente, entrevistas, colher dados, ... aí já estão preocupados em absorver informação, então já valorizam a relação”.</i></p> <p><i>“Não é que seja um trabalho por blocos. Mas a preocupação deles é tanta em fazer as coisas todas certinhas, tudo direitinho... Conseguir puncionar um doente, conseguir cateterizar um doente, que quando estão a fazer, esquecessem que é um doente que está ali. Que é uma Pessoa”.</i></p>
------------------	--	---

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI	
DOMINIO: Inovação/Transformação	
Categoria Entrevista	
T1	<p><i>“Eles dizem mesmo que sentem que crescem muito. Crescem ao nível pessoal”.</i></p> <p><i>“Eles sentem-se mais velhos. E notasse que muitos no fim do estágio são mais responsáveis”.</i></p>
T2	<p><i>“Mas o grande desafio foi sempre fazer-los crescer e fazer deles independentes”.</i></p>
T3	<p><i>“Notou-se que cresceram como alunos e como pessoas”.</i></p>
T4	<p><i>“Consegue-se perceber que alguns cresceram muito ao longo de todo o estágio. Amadureceram muito. Realmente tornaram-se pessoas diferentes. Deixaram um bocado aquela meninice no sentido da responsabilidade. O peso que tem «o estar a lidar com pessoas» modifica-os bastante. E em alguns deles notou-se isso. Não se notou em todos. Também eles têm idades muito diferentes. Tem problemas noutras áreas. Tem uma consciência de vida totalmente diferente”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI	
DOMINIO: Pensamento Critico-Reflexivo	
Categoria Entrevista	
T1	_____
T2	<i>“ Existe a preocupação por parte da escola em reunir com os alunos todas as sextas-feiras. Nesse espaço é feita reflexão sobre a evolução do aluno, mas também sobre o seu processo de pensamento”.</i>
T3	<p><i>“Temos por hábito todos os dias refletir um bocadinho com os alunos. Há situações que têm que ser refletidas de imediato com o aluno. Para além desse tipo de reflexão, no grande grupo (no fim do turno) refletimos sobre as dificuldades sentidas. Se algo não foi bom, então qual seria a melhor forma de ajudar...”.</i></p> <p><i>“ (...) acho que estas reflexões que fazemos sobre «como e porque é que fazemos as coisas», acaba por ser uma forma de se ensinar a «ser e sentir-se enfermeiro». Porque quando eles dizem que «eu acho que isto correu ou não correu bem», podíamos ficar por ali. Mas acho que se questionarmos. «Achas que correu bem? Mas se tivesse sido de outra forma?». E se eles próprios refletem sobre as suas práticas, acabamos por os ajudar a ser enfermeiros”.</i></p>
T4	<p><i>“E nós temos conversas quase diárias, embora aqui nós não tenhamos grandes condições para as fazer. Dai que eu ache que as idas à Faculdade à sexta-feira são importantes para isso.</i></p> <p><i>Porque temos um espaço onde podemos estar a conversar, onde podemos reunir, onde podemos refletir. Coisa que aqui é um bocado difícil”.</i></p>

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI	
DOMÍNIO: Gestão das Emoções	
Categoria Entrevista	
T1	<p><i>“Uma coisa que todos os alunos consideram muito importante, e a escola também, é o prestar os cuidados pós-morte. É uma coisa que eles ficam muito sensíveis. Mesmo muito. Tem sempre dificuldade em falar. O estar com o doente e depois vê-lo falecer é uma coisa que na escola não se fala muito. Falar, fala. Mas não é a mesma coisa do que presenciar”.</i></p> <p><i>“Neste grupo de alunos lembro-me que uma aluna estava a entubar uma doente em fase terminal e a doente faleceu na altura em que estava a ser entubada. Lembro-me que a aluna largou tudo...”</i></p>
T2	_____
T3	<p><i>“A medicina é um serviço que mexe muito com as emoções. E neste grupo até se notou que o serviço “medicina” mexeu muito com eles. Tivemos aí uma senhora muito grave e isso abalou-os muito. Também quando há um caso de morte eles sentem sempre muito. Um cuidado que habitualmente temos, quando há um caso de morte, é parar e reunir com eles. Falamos sobre o sucedido de forma a que eles encarem a morte como um processo natural. Mas é curioso que eles próprios, nos relatórios, referem que no início, sentiam-se muito fragilizados emocionalmente e, que depois com o tempo conseguem enfrentar melhor esta situação”.</i></p>
T4	<p><i>“Eles ainda têm muita dificuldade em gerir as emoções e há sempre aquele receio em se relacionarem muito com «aquele» doente. Os doentes estão muitas vezes em fase terminal, morrem, e eles sofrem com isso. Acontece com muita frequência, quando temos doentes muito dependentes, e que estão mal, quando estão numa fase terminal... Acontece que os alunos vão para casa e no outro dia vem «Ai o doente já morreu...». Ligam-se ao doente. Mesmo que não queiram, ligam-se ao doente, e até mais do que aquilo que se apercebem. E já não é a primeira vez que temos alunos que ponderam, neste primeiro estágio, desistir do curso, porque não tinham a ideia do que era «ser enfermeiro» ”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI	
DOMINIO: Estima de Si	
Categoria Entrevista	
T1	_____
T2	_____
T3	<p><i>“Em termos de técnicas, penso que o receio influenciou bastante. Foi o primeiro contacto com o hospital, com o campo de estágio, com as coisas, ... E acho que acaba por ser um bocadinho por aí. O medo de errar... As continhas...Pensam: «Se tenho duas coisas para dar por onde começo? Posso dar seguido ou não?». Acho que é mesmo uma questão de insegurança”.</i></p> <p><i>“Lembro-me de uma doente que tivemos cá que se isolava muito e estava atribuída a um aluno. O aluno tentava dirigir-se a ela e não conseguia. Ela era muito fechada. E o aluno começou a dizer: «Não consigo fazer nada com ela. Quero mudar de doente...» E foi difícil convencer o aluno a não desistir da doente, mas antes arranjar estratégias para conseguir trabalhar com a doente. Custou um bocadinho, mas conseguimos. Isto refletiu-se muito no trabalho do aluno. No fim disse «ainda bem que não desisti. Afinal conseguimos. Ela acabou por falar...»”.</i></p>
T4	_____

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: DEFINIÇÃO DE SI	
DOMÍNIO: Processo de Formação da Identidade	
Categoria Entrevista	
T1	<p><i>“Já tive alunos que quiseram desistir. Às vezes assustam-se naquela primeira fase, depois ultrapassam. Depois acho que se identificam com a profissão de enfermagem. É certo que uns com mais vontade, outros talvez não. Se calhar uns através das técnicas, ...”.</i></p> <p><i>“(...) no início pensavam que a Enfermagem era diferente. Registos, administração de terapêutica... Mas depois eles conseguem ver a enfermagem mais pelo cuidar. (...) Eu acho que eles se apercebem disso fundamentalmente quando estão na prática. Com o tempo eles percebem que, lá está, os cuidados de higiene são muito importantes, mas depois a enfermagem tem muito mais. (...) Com o tempo os alunos percebem que a enfermagem é um conjunto de muitas coisas”.</i></p> <p><i>“Por exemplo em relação aos saberes. Com o tempo eles percebem a importância de saber a teoria. Percebem que as abordagens são diferentes em função das patologias. Muitas vezes os alunos só se apercebem quando estão realmente no exercício das coisas. Daí que o refletir e o conversar seja fundamental. Se refletirmos e conversarmos, eles sabem que no dia seguinte as coisas vão ser diferentes. Ao longo da experiência clínica o desempenho do aluno vai melhorando através da reflexão”.</i></p> <p><i>“Eles (no início do Ensino Clínico) sabem (o que é ser enfermeiro). Mas depois ao longo do Ensino Clínico vão mudando.</i></p> <p><i>“Sim, (a permanência dos alunos neste contexto clínico favorece a formação de uma determinada identidade profissional). Favorece pelas patologias. Pelo facto de exigir da enfermagem uma atenção contínua, muito presente. (...) alguns alunos às vezes referem «Devíamos começar sempre pela medicina».</i></p> <p><i>(...)Eu acho que a medicina é muito básica. Tem muita patologia. Tem muita coisa que se pode aprender. Tem uma grande diversidade de abordagens dos doentes”.</i></p> <p><i>(...) o ir à sexta-feira à escola ajuda muito. A conversa/discussão que há entre eles, a troca de experiências, ajuda muito: (...)”</i></p> <p><i>” Acho que o curso ensina o aluno a ser e a sentir-se enfermeiro. (...) Na teoria. Mas também através dos Ensinos clínicos. Na forma como os conteúdos são abordados. Na postura e no grau de exigência dos professores. Na relação também. Através das reflexões semanais...”.</i></p>

<p>T2</p>	<p><i>“Eles centram-se muito na técnica. No saber-fazer e mais nada. Contam quantos procedimentos/técnicas já fizeram. Para eles é muito importante o saber-fazer. O ser capaz de fazer...”.</i></p> <p><i>“O que me parece é que estes alunos valorizam muito a parte técnica. Gostam muito do saber-fazer. Talvez se afastem, tal como eu dizia há pouco, do conhecimento privilegiando mais a execução e a prática”.</i></p> <p><i>“No início não. Mas com o tempo conseguem perceber o que é a enfermagem”.</i></p> <p><i>“Sem dúvida que é através da experiência clínica que eles começam a construir a sua opinião sobre enfermagem”.</i></p> <p><i>“O facto de estarem num serviço de cirurgia não condiciona em nada o desenvolvimento da uma identidade específica. Eles contactam com diferentes tipos de enfermeiros. Uns estão mais voltados para a prática, outros que estão menos voltados. Mas em nada determina a identidade”.</i></p> <p><i>“O processo de formação da identidade do aluno é um trabalho deliberado da escola. Existe a preocupação por parte da escola em reunir com os alunos todas as sextas-feiras. Nesse espaço é feita reflexão sobre a evolução do aluno, mas também sobre o seu processo de pensamento”.</i></p>
<p>T3</p>	<p><i>“(…) eles dão muita atenção à comunicação. Mas também à situação social dos doentes.</i></p> <p><i>“(…) estes alunos estão muito sensibilizados para a componente afetiva. Para o facto de muitos destes doentes viverem sozinhos. E isso toca-os muito. Valorizam muito os doentes que estão desamparados. Que não tem família ou que tem problemas com a família”.</i></p> <p><i>“Ao longo do estágio e, as vezes no fim, dizem: «Não pensei que fosse assim». Quando chegam, vêm com ideias muito teóricas. Na prática acho que não era aquilo que esperavam. Não quer dizer que não gostem e que não se identifiquem «com». Mas não era esta a ideia que traziam sobre o que é enfermagem e o que é trabalhar na enfermagem em todo o contexto”.</i></p> <p><i>“Acho que não pensavam que os doentes estariam tão dependentes deles como realmente estão”.</i></p> <p><i>“ (….) eles mesmo dizem: «Eu não pensei que fosse assim. Mas a verdade é que isto é que é a parte bonita». «Até gostamos de fazer». Não sabendo acabam por gostar”.</i></p> <p><i>“Não me parece que o serviço de medicina condicione uma determinada identidade. No entanto acho que pode influenciar a identidade. (...) Se o aluno se enquadra no serviço, se tem aquelas competências e se sente à-vontade a cuidar destes doentes, pode perfeitamente influenciar”.</i></p> <p><i>“A medicina é aquele tipo de serviço, que acaba por alertar para o que se faz em todos os outros serviços. Quer em termos de tipo de utentes, quer</i></p>

	<p><i>em termos dos aspetos sociais. As carências deste tipo de doentes e os graus de dependência fazem com que desenvolvamos muito a nossa atenção. Em algumas especialidades apenas se dá a medicação, prepara-se os doentes para exames. Falam com os doentes, sim. Mas de forma diferente. Eu acho que não falam tanto com os doentes. Eles são autónomos, tratam das coisas deles, tem visitas, família, ... Enquanto nos doente da medicina, se o enfermeiro não se aproxima dele, se não conversar, se não o tentar compreender, acabam por ficar sozinhos. É necessário aproximarmo-nos, faze-los falar... Isto também é fazer enfermagem não é?”.</i></p> <p><i>“Eu acho que o aluno trás as bases da escola mas depois, aqui, acaba por se expandir um pouco. E tanto que os alunos não se comportam todos no campo de estágio da mesma forma. E com um doente hoje comportam-se de uma forma, amanhã com outro, comportam-se de forma diferente. Acho que não há uma tendência deliberada da escola em relação à formação da identidade”.</i></p> <p><i>“ (...) acho que estas reflexões que fazemos sobre «como e porque é que fazemos as coisas», acaba por ser uma forma de se ensinar a ser e sentir-se enfermeiro. Porque quando eles dizem que «eu acho que isto correu ou não correu bem», podíamos ficar por ali. Mas acho que se questionarmos. «Achas que correu bem? Mas se tivesse sido de outra forma?». E se eles próprios refletem sobre as suas práticas, acabamos por os ajudar a ser enfermeiros”.</i></p>
T4	<p><i>“ (...) o serviço de cirurgia é um serviço que abrange todas as áreas. É muito global. Não é de forma nenhuma um serviço específico, só virado para um determinado grupo de patologias. Talvez por isso seja um serviço que enriquece muito os alunos. Dá-lhes noções básicas. Permite-lhes trabalhar dentro de qualquer área. Porque no fundo nós temos doentes com todo o tipo de patologias. Desde doentes acidentados, aos traumatismos craneoencefalicos, fraturas dos arcos costais, ... cirurgia plástica, cirurgia vascular. Temos também doentes de urologia. Doentes tanto de foro médico como de foro cirúrgico, que não deixam de ser de foro médico porque tem um problema cirúrgico temporário”.</i></p>

GRELHA DE ANÁLISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: FOCOS DE ATENÇÃO	
DOMÍNIO: Situação Clínica do Doente	
Categoria Entrevista	
T1	_____
T2	_____
T3	<p><i>“Acho que não pensavam que os doentes estariam tão dependentes deles como realmente estão”.</i></p> <p><i>“(…) O facto de termos doentes agitados assusta o aluno”.</i></p>
T4	<p><i>“Os doentes estão muitas vezes em fase terminal, morrem, (...)”</i></p> <p><i>“(…) temos doentes muito dependentes, e que estão mal, quando estão numa fase terminal...”</i></p> <p><i>“ (...) o serviço de cirurgia é um serviço que abrange todas as áreas. É muito global. Não é de forma nenhuma um serviço específico, só virado para um determinado grupo de patologias. Talvez por isso seja um serviço que enriquece muito os alunos. Dá-lhes noções básicas. Permite-lhes trabalhar dentro de qualquer área. Porque no fundo nós temos doentes com todo o tipo de patologias. Desde doentes acidentados, aos traumatismos craneoencefálicos, fraturas dos arcos costais, ... cirurgia plástica, cirurgia vascular. Temos também doentes de urologia. Doentes tanto de foro médico como de foro cirúrgico, que não deixam de ser de foro médico porque tem um problema cirúrgico temporário”.</i></p>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: FOCOS DE ATENÇÃO	
DOMINIO: Organização das atividades de aprendizagem	
T1	_____
T2	<p><i>“Houve uma evolução positiva apesar de tudo. Eles vinham muito habituados a trabalhar em conjunto. Quando um não sabia estava logo o outro ao lado que dava uma ajuda. Eu penso que foi aqui que nós os obrigamos, isto entre aspas, porque estavam distribuídos por várias salas, a ser um bocadinho mais autónomos e a pensar e agir por eles próprios. Essa foi a grande dificuldade. Eles lá em baixo, na medicina, estavam todos numa sala. Quando um não sabia o outro resolvia e acabavam por ficar muito interligados uns aos outros. Quando aqui chegaram e se viram divididos por salas, sem tempo para dar atenção ao colega e a sentirem-se obrigados a fazer as coisas sozinhos, a ter que pensar por eles próprios, começou um estágio novo. Não estavam habituados assim”.</i></p>
T3	_____
T4	_____

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: FOCOS DE ATENÇÃO	
DOMINIO: Escola	
Categoria Entrevista	
T1	<p><i>“Acho que a escola procura ajudar muito o aluno. Por exemplo, o ir à sexta-feira à escola ajuda muito. A conversa/discussão que há entre eles, a troca de experiências, ajuda muito: e acho que a escola tem-se preocupado com isso”.</i></p> <p><i>“Esta escola tem-se preocupado muito com o dar apoio aos alunos”.</i></p> <p><i>“Os alunos sentem-se mais apoiados quando vêm a figura da escola - O Professor. Os alunos sentem a ligação entre a escola e nós. Isso é muito bom para eles, eu acho”.</i></p>
T2	<p><i>“O saber em termos técnicos, o que é que o aluno aprendeu na escola, isso não nos é transmitido. Os alunos chegam, e eu não sei exatamente como é que eles aprenderam. Tenho uma ideia. Porque também estudei. Mas não sei exatamente como é que eles estão a aprender agora. Há coisas específicas que a escola ensina, e se calhar, nós não ensinamos da mesma maneira.</i></p> <p><i>Acho que devia haver uma maior interligação nisto com a escola. Nós temos as reuniões às sextas-feiras mas não é para discutir estas coisas. Era necessário discutir as técnicas, os procedimentos, ... o que pretendem mais de nós, em relação ao grupo de alunos, onde é que nós nos devemos focar mais, ...”</i></p> <p><i>“ Mas a nível da escola em si, aquela interligação, ... Ao nível da teoria, o que é que se pretende exatamente? ...O que é que se deve questionar aos alunos? ...Que práticas devo aprofundar mais? As próprias práticas que eles aprenderam, se calhar, não são exatamente iguais às nossas. Podemos já não estar tão atualizadas. Isto baralha-os. Dizem: «Aprendemos assim na escola e agora é diferente» ”.</i></p>
T3	<p>_____</p>

<p>T4</p>	<p><i>“Nesta situação de tutoria os docentes não vêm muito aos serviços. Nós temos um bocado de dificuldade em saber, para além dos objetivos que nos são expostos pela escola, em saber se aquele docente é diferente de outro em termos de exigência. Nós temos uma grelha de avaliação, nós temos os objetivos, e é isso que nos é referido. A única coisa que vai variando, dependendo do professor que está a coordenar o EC é em termos de exigência de trabalhos, da apresentação dos mesmos. Porque de resto nós não temos a perceção da escola. Eles têm os objetivos da escola traçados e não há grande distinção entre os docentes. Foi a primeira vez que estive com a Prof. --- e não notei grande diferença em relação à orientação do Prof. --. É mesmo a orientação da escola”.</i></p>
------------------	---

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS			
DIMENSÃO: PROCESSOS SUPERVISIVOS			
DOMINIO: Dificuldades Supervisivas			
Categoria Entrevista	Relacionadas com documentação	Relacionadas com a equipa	Relacionadas com os estudantes
T1	<p><i>“A minha grande dificuldade foi mesmo ter de ler relatórios, papelada, ... Agora já estou um bocadinho melhor. Já conheço a papelada. Mas nós fazemos o plano de cuidados mentalmente. O estar a articular tudo isto com eles deu-me experiência”.</i></p> <p><i>“As dificuldades foram mais em termos de relatórios e normas. Em termos de prática, já me conheço um bocadinho, já não é a primeira vez que estou com alunos e sinto-me à-vontade. Penso que estou segura”.</i></p>	<p><i>“(…) porque me conhecem há muito tempo. Acho que se calhar até lhes fazia bem vir alguém de fora para eles não abusarem tanto”.</i></p> <p><i>“Atiram tudo para cima de mim porque confiam”.</i></p>	
T2	_____	_____	_____
T3		<p><i>“Eu sou tutora mas também sou enfermeira do serviço. E isso, é bom e mau ao mesmo tempo. É bom porque conhecemos o serviço, os locais de tudo, os colegas, ... E porque estamos habituados a cada um sabemos distinguir qual é o que tem mais apetência para lidar com os alunos. Mas por outro lado, também acontece o reverso. Estamos no serviço e alguns colegas esquecem-se, e confundem-nos. Com os médicos</i></p>	<p><i>“Isto é quase todos os dias um desafio... Lembro-me de uma doente que tivemos cá que se isolava muito e estava atribuída a um aluno. O aluno tentava dirigir-se a ela e não conseguia. Ela era muito fechada. E o aluno começou a dizer: «Não consigo fazer nada com ela. Quero mudar de doente...» E foi difícil convencer o aluno a não desistir da doente, mas antes arranjar estratégias para</i></p>

		<p><i>é a mesma coisa. Temos que saber gerir. Quando estamos de turno, estamos com os colegas de serviço, quando estamos como tutores, estamos cá para os alunos. Temos que nos impor um bocadinho”.</i></p> <p><i>“No início foi mais difícil. Temos que clarificar bem o que estamos naquele momento a fazer”.</i></p>	<p><i>conseguir trabalhar com a doente. Custou um bocadinho, mas conseguimos.</i></p> <p><i>“Mas há mais desafios. Os alunos são todos tão diferentes uns dos outros que são verdadeiros desafios. Há sempre um desafio diário. «Como é que o aluno hoje vai reagir...»”.</i></p> <p><i>“Difícil às vezes é lidar com a personalidade dos alunos e também com a sua parte pessoal. Porque eles quando chegam trazem uma bagagem global muito grande. Eu já tive alunos, aliás mais do que um, em que tive necessidade de interromper o trabalho, e levá-lo lá para fora, pedir aos colegas para ficarem com ele e deixa-los uma a duas horas a conversar. Eles trazem problemas de lá de fora, com os pais, separação dos pais, ...e isso influencia-os muito. E nós temos de os ajudar a resolver estas situações para depois eles poderem iniciar aqui o seu trabalho”.</i></p>
T4		<p><i>“O único senão é às vezes sermos confundidos. Às vezes perguntam-nos: «Estás a orientar alunos ou estás a trabalhar?» Inclusivamente os médicos. Às vezes nem que se queira não se consegue fazer o limite”.</i></p>	

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: PROCESSOS SUPERVISIVOS	
DOMINIO: Formação Supervisiva	
Categoria Entrevista	
T1	<i>“Não. Inscrevi-me no Curso de Supervisão Clínica na Escola ___”.</i>
T2	<i>“No momento em que me encontrava a orientar o grupo que estudou, não. Neste momento estou a fazer o «Curso de Supervisão Clínica» ”.</i>
T3	<p><i>“Aqui há uns tempos fizeram uma formação cá no hospital sobre «Orientação de alunos em EC». Nessa altura fui. Agora vou iniciar o Curso de Supervisão Clínica”.</i></p> <p><i>“Foi só um dia. Mas ficamos com umas luzes, por assim dizer. Eu acho que até foi mais para nos despertar o interesse pelo curso de Supervisão Clínica. Mas de qualquer forma, foi bom”.</i></p>
T4	<i>“Não. Vou iniciar o Curso de Supervisão Clínica. ”.</i>

GRELHA DE ANALISE DE ENTREVISTAS	
DIMENSÃO: PROCESSOS SUPERVISIVOS	
DOMINIO: Conteúdos de formação	
Categoria Entrevista	
T1	<i>“Não sei. Estou com muitas expectativas. Acho que tudo o que estiver relacionado com o aluno é importante. Estou muito curiosa e com muita vontade de aprender”.</i>
T2	<i>“No conhecimento das patologias existentes no serviço e nas práticas”.</i>
T3	<i>“Estratégias para lidar com os diferentes comportamentos dos alunos com diferentes personalidades. Acho que ainda é das coisas que é importante”.</i> <i>“Não podemos lidar com todos da mesma forma. Temos que direccionar a nossa atenção sobre «aquele aluno» de forma diferente. E isto para todos eles”.</i>
T4	<i>“Eu acho que o Curso de Supervisão Clínica nos pode preparar para a orientação de alunos. Mas talvez nos dê apenas umas noções. Depois cabe a cada um de nós, em função da sua vontade de aprofundar mais”.</i> <i>“A avaliação é sempre a pedra no sapato. A avaliação é muito complicada e muito subjetiva.”.</i>